

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização

Enfermagem de Reabilitação

A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada Submetida a Ventilação Não Invasiva– que Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

João Carlos Cabral

2015



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização

Enfermagem de Reabilitação

A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada Submetida a Ventilação Não Invasiva – que Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

João Carlos Cabral

**Relatório de estágio orientado por:
Prof.^a Cristina Saraiva**

2015

“Claro em pensar, e claro no sentir,
E claro no querer;
Indiferente ao que há em conseguir
Que seja só obter;
Dúplice dono, sem me dividir
De dever e de ser!”

Fernando pessoa *in* Mensagem

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha família e amigos que sempre me acompanharam ao longo de todo o curso de Mestrado.

À minha mãe Maria Nélia e à minha irmã Andreia Cabral, pela força nos momentos de impasse.

À minha sobrinha Catarina Cabral, por não me deixar dormir a frente do portátil enquanto terminava a minha tese.

À Anabela Picado, um agradecimento especial pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos. Por tudo, a minha enorme gratidão!

À minha orientadora Professora Cristina Saraiva, pelo incentivo, disponibilidade e orientação prestada. Acima de tudo pela motivação fundamental nesta fase final, não deixando este projecto desmoronar-se.

RESUMO

Segundo GOLD (2014) a DPOC é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por uma limitação persistente do fluxo aéreo, progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e pulmões às partículas nocivas ou gases.

Uma das principais manifestações da DPOC é a dispneia, que por consequência leva à diminuição da actividade física por parte da pessoa. Ao longo do tempo por este descondicionamento físico aumenta a dispneia com uma incapacidade para a actividade cada vez maior, sendo um caminho em espiral.

A combinação da Reabilitação Respiratória com a utilização da Ventilação Não Invasiva quebra essa espiral, melhorando não só a condição física, mas permitindo à pessoa operacionalizar as actividades de vida diárias com mais independência e qualidade de vida.

Os EEER detêm competências que permitem orientar a pessoa com DPOC submetida a VNI na gestão da sua doença, na adesão e sucesso da VNI e na realização de RFR que permite melhorar a sua tolerância ao esforço.

Fundamental é o trabalho de parceria que desenvolve em contexto de internamento, que permite que a transição hospital/domicílio se realize com a máxima autonomia e segurança.

Neste trabalho são descritas as actividades realizadas em contexto de estágio, visando o desenvolvimento de competências específicas como futuro EEER. Nele é realizada uma descrição e reflexão acerca das actividades incrementadas no sentido de desenvolver as competências comuns de EE e específicas de EEER e ainda à concretização dos objectivos específicos deste projecto de estágio, relativos à pessoa com DPCO submetida a VNI.

Palavras-chave: rehabilitation nursing; chronic obstructive Pulmonary disease; non-invasive ventilation; hospital; nurse;

ABSTRACT

According GOLD (2014) COPD is a preventable and treatable disease characterized by persistent airflow limitation, progressive and associated with a chronic inflammatory response of the airways and lungs to noxious particles or gases.

One of the main reactions of COPD is dyspnea, which leads to a decrease in the Physical activity of the person. This Physical condition gets worse over time (being a spiral path) increasing dyspnea.

The combination of Respiratory Rehabilitation with the use of Non-Invasive Ventilation breaks this spiral, improving not only the Physical condition but allowing the person to live a daily life with more independence and quality.

The EEER have knowledge enough to guide the person with COPD submitted to NIV in managing their disease and consequent success and in the achievement of RFR which improves their exercise tolerance.

Working partnership developed in hospital context is key, which makes the hospital / home transition more autonomous and safe.

This paper describes the activities performed on internship context, aiming the acquisition of specific skills as future EEER. It is performed a description and reflection on the incremented activities to develop common skills as EE and specific as EEER and yet the achievement of specific objectives of this internship.

Palavras-chave: rehabilitation nursing; chronic obstructive Pulmonary disease; non-invasive ventilation; hospital; nurse;

Índice

1. Introdução.....	7
2. Doença pulmonar obstrutiva crónica.....	14
2.1 Ventilação não invasiva uma alternativa terapêutica.....	20
2.2 Intervenção da enfermagem de reabilitação na pessoa com dpco submetida a vni.....	23
2.3 O cuidar na pessoa com dpoc submetida a vni.....	26
3. Apresentação e análise das actividades e competências desenvolvidas ..	29
4. Considerações finais.....	65
5. Referências bibliográficas.....	69

ÍNDICE DE TABELAS

Quadro 1- Causas de Descompensação da DPOC (2009).....	19
Quadro 2 - Programas de Reabilitação Respiratória.....	26

APÊNDICES

Apêndice 1: Domínios/Competências, Objetivos específicos,
Atividades/estratégias, Indicadores de avaliação

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a nossa sociedade tem vindo a exigir dos profissionais uma actualização constante os seus conhecimentos, visto existir uma evolução da ciência a qual se rege a profissão de enfermagem. Cada profissional de enfermagem tem um projecto de vida e, como tal, eu tenho um papel de destaque neste projecto, visto eu lhe concebo tal importância. Este meu caminho tem sido planeado no sentido da procura da vivência e da realização de experiencias que fossem o pilar para a construção enquanto pessoa e enfermeiro, no sentido de aperfeiçoar o cuidar de Enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), a qual criou o sistema de individualização das especialidades clinicas em enfermagem (SIECE), enuncia cinco domínios de competências do Enfermeiro especialista, sendo quatro comuns a todas as especialidades sendo a quinta específica de cada uma delas.

Tendo como cerne, as competências comuns e específicas definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010) e as outras áreas da sua intervenção, proponho explicitar os meus conhecimentos adquiridos e aprendizagens desenvolvidas ao longo do curso a temática “A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada Submetida a Ventilação Não Invasiva– que Cuidados de Enfermagem de Reabilitação?

Segundo a *Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease* (GOLD, 2014), DPCO é uma doença evitável e tratável, com afetação sistémica extrapulmonar que pode contribuir para o seu agravamento em algumas pessoas. A componente pulmonar caracteriza-se por uma limitação do fluxo de ar que não é completamente reversível, é geralmente progressiva e encontra-

se associada a uma resposta inflamatória pulmonar anómala a partículas ou gases.

A evolutiva deterioração da função respiratória, associada a efeitos sistémicos, contribui para o desenvolvimento de incapacidade permanente, evidenciada por fadiga e limitação da capacidade de exercício, com um resultante impacto negativo socioeconómico crescente (Matos, 2011).

A Direção Geral de Saúde - DGS (2011:3) referindo-se ao cuidar da pessoa com DPOC:

“(...) todos os profissionais envolvidos da equipa de saúde tem a responsabilidade de ajudar os doentes e seus familiares no estabelecimento de um plano de cuidados que assista o doente durante toda a evolução da doença, perspetivando não só o controlo e tratamento da doença, mas também a melhoria da qualidade de vida dos doentes e seus familiares” (Norma nº 28/2011:3 da DGS)

Definida como uma das doenças respiratórias mais presentes a nível mundial, 63,3 milhões de doentes (11,3 milhões deles na Europa), e é responsável por 3 milhões de mortes anuais, o que coloca no 4^a lugar como causa de morte a nível mundial. Em Portugal é identificada como a 5^a causa de morte por doença (Observatório Nacional das doenças Respiratórias – ONDR, 2013), na qual atinge mais de 800.000 portugueses (14,2% dos indivíduos com mais de 40 anos), com cerca de 2400 mortes/ano (Fundação Portuguesa de Pulmão – FPP, 2010), resulta num custo estimado de 242 milhões de euros em ambulatório, 197 milhões dos quais atribuídos à causa tabágica.

De acordo com Bárbara et al. (2013) que realizou um estudo na população de Lisboa (Portugal), verificou que a prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica tendo como diagnóstico médico prévio à realização deste estudo, foi muito mais baixa do que a detectada através da realização de espirometria (6,3% vs 14,2%). Ainda neste estudo conclui-se que a da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é prevalente na região de Lisboa (14,2%) em adultos com 40 ou mais anos.

Perante os dados estatísticos supra referidos não é de estranhar que se considere como um problema de saúde pública, logo merece uma devida atenção.

As principais manifestações da doença respiratória crónica é a dispneia, sensação de cansaço ao realizar qualquer esforço físico, estado associado a uma debilidade na função pulmonar, levando por consequência à diminuição da actividade física global. Esta consequência ao longo do tempo tem tendência a aumentar a dispneia com exercício físico cada vez menor, tornando-se assim uma espiral a nível da sua condição física. Segundo Rudkin (2005) o tratamento é composto por cessões tabágicas (sendo esta uma prioridade); Reabilitação Respiratória, uso de broncodilatadores e com a evolução da doença o tratamento das comorbilidades.

A escolha de aliar a VNI ao cuidar da pessoa com esta doença nasceu de uma inquietação pessoal, após reflexão na minha prática de cuidados e de ter vindo a constatar, que muitas pessoas com DPCO, na fase de agudização da doença, sobretudo quando internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) contexto onde exerço a minha prática profissional, acabam sujeitas a Ventilação Invasiva (VI), e a todas as complicações que esta acarreta. Destas complicações salienta-se, o aumento das comorbilidades associadas (risco de infeção, barotrauma, ulceração e hemorragia, estenose e isquémia da via aérea relacionada com o tubo traqueal), o aumento do tempo e dos custos de internamento e ainda, sobretudo a diminuição da qualidade de vida destas pessoas e suas famílias.

A VNI enquanto opção terapêutica poderá considerar-se nestes casos como uma modalidade terapêutica de primeira linha, pelos benéficos que acarreta em relação à ventilação invasiva, sobretudo nas pessoas com insuficiência respiratória em estágio precoce, mas que detenham ainda alguma capacidade ventilatória.

A associação da VNI com a Reabilitação Respiratória produz efeitos benéficos para a pessoa com DPOC. Segundo Loureiro et al (2013) a reabilitação respiratória melhora a dispneia, a capacidade para o exercício e o

estado de saúde da pessoa com DPOC. A associação entre estas duas modalidades (reabilitação e VNI) produz ganhos em saúde, aumentando a sua sinergia conforme evidenciado por estas autoras numa revisão sistemática da literatura, em que concluíram que a VNI associada à reabilitação respiratória parece *“reduzir a dispneia, aumenta o controlo dos sintomas, melhora a tolerância à atividade física, reduz os eventos adversos e melhora a qualidade de vida”*. (Loureiro et al, 2013)

A VNI tem revelado ser um suporte na qualidade de vida da pessoa com DPOC, na qual permite diminuir as exacerbações inerentes à doença, diminuindo por consequência o número de internamentos, a taxa de co morbilidade e de mortalidade. Cada vez mais se utiliza a VNI em contexto de internamento, é instruída a pessoa e família para a importância e manutenção e manuseamento do aparelho para que esta possa adquirir o máximo de mestria na sua condição e doença. (Meleis et al., 2000)

Esta área temática por mim escolhida gera uma preocupação extrema no sentido em que a evolução da doença provoca grandes alterações a nível da intolerância ao exercício, limitações nas actividades de vida diária (AVD) e nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Esta problemática despoletou em mim uma grande vontade de aprofundá-la, enquanto futuro enfermeiro especialista, mas também com o objectivo de melhorar os cuidados prestados à pessoa com DPOC. Neste sentido enquanto enfermeiro a exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia, cuido de pessoas com doença respiratória obstrutiva, as quais carecem de cuidados diferenciados visto ser uma patologia com elevada taxa de co morbilidades, logo nasceu o interesse em realizar um projecto nesta área temática.

Neste contexto o EEER encontra-se qualificado para responder às necessidades em saúde da pessoa com DPCO e sua família, como relatado previamente, enquadrando-se esta solicitação no âmbito das suas competências. Segundo o regulamento de competências específicas do EEER, o enfermeiro especialista *“cuida de pessoas com necessidades especiais, ao*

longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados” e ainda “maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa” (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011:8658)

O presente relatório procura responder a uma necessidade pessoal relacionada com uma preferência temática particular e a uma premência profissional, designadamente, como estratégia para aprofundar conhecimentos bem como desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação (ER). Na prestação de cuidados à pessoa com DPOC submetida a VNI, visando futuramente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas, no serviço onde actualmente exerço funções e cuja base justificativa será abordada de seguida.

Pelo que o EEER detém as competências necessárias as quais vão permitir à pessoa com DPOC submetida a VNI e seus cuidadores, a satisfação das suas necessidades, das quais resultarão numa maximização das suas capacidades afectadas. O EEER é o pilar fundamental nesta transição, centrando as suas intervenções no controlo de sintomas e na educação para a saúde pessoa e família. Tendo como objectivos de minimizar sintomas e complicações, melhoria a tolerância ao esforço e potenciar as capacidades ao realizar as AVD e sua autonomia. Por consequência esta pessoa e família obterão ganhos em saúde, bem como na melhoria da sua qualidade de vida.

Os locais de estágio foram seleccionados de acordo com os meus objectivos delineados. Para que estes fossem atingidos foi de extrema relevância conhecer os diferentes contextos/realidades dos diversos campos de estágio. Foram realizadas entrevistas com os enfermeiros chefes dos locais escolhidos para o desenvolvimento do estágio, no sentido de aferir se os mesmos tinham potencial para dar resposta aos objectivos traçados.

Para que pode-se desenvolver as minhas intervenções enquanto futuro enfermeiro especialista à pessoa com DPOC submetida a VNI, foi seleccionado a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, na qual permitiu-me uma abordagem à pessoa com limitações da função respiratória, desenvolvendo competências na área de RR, motora e cognitiva. Permitiu ainda o

desenvolvimento de competências na área da VNI, visto esta unidade ter uma Sala de Ventilação Electiva (SEV) na qual teve um papel fundamental no desenvolvimento de competências nessa área.

A nível da aquisição de competências na área da reabilitação sensorio-motora, na eliminação e treino de AVD foi realizada no serviço de neurocirurgia em Lisboa, possibilitando a construção de planos de reabilitação adaptados à pessoa com incapacidade sensorio-motora.

As intervenções realizadas por mim basearam-se na teoria de médio alcance de Meleis, tendo utilizando a taxonomia NANDA para a construção das minhas intervenções á pessoa com DPOC submetida a VNI.

Ao realizar os estágios possibilitou-me a realização de intervenções de forma atingir os objectivos delineados, na qual da resposta aos domínios de competências como enfermeiro especialista comum, EEER e as inerentes ao 2º ciclo do processo de Bolonha, estando “espelhado” na elaboração deste projecto de formação. O objectivo geral deste projecto é:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de Enfermagem Especializada em Enfermagem de Reabilitação (ER) no cuidar da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica Agudizada (DPCO) submetida a Ventilação Não Invasiva (VNI), em contexto de internamento.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de Enfermagem Especializada em Enfermagem de Reabilitação (ER) na área da reabilitação sensorio-motora e na eliminação

Para a elaboração deste relatório recorri à pesquisa bibliográfica e a uma revisão da literatura, mediante, a pesquisa dos artigos. A plataforma electrónica seleccionada foi a EBSCOhost, limitando-se a pesquisa às bases de dados CINAHL Plus e MEDLINE, no horizonte temporal 2009-2014, obtendo-se cerca de catorze artigos. Na pesquisa utilizou-se as seguintes palavras-chaves: chronic obstructive pulmonary disease, non-invasive ventilation, hospital e nurse

Na elaboração do corpo deste documento foi utilizada a metodologia descritiva e analítica e optou-se por dividir em três capítulos. O primeiro capítulo, depois de feita a introdução, é dedicado a uma revisão da literatura sobre o cuidar da pessoa com DPOC submetida a VNI e aos cuidados especializados inerentes a esta situação. Esta revisão de literatura inclui a contextualização da temática e as implicações éticas e deontológicas associadas ao tema em estudo.

No segundo capítulo descreve-se o percurso de desenvolvimento de competências por contexto de estágio, explicitando cada um dos objectivos específicos, actividades desenvolvidas e as competências adquiridas. Procurou-se atender, na sua elaboração, ao desenvolvimento do pensamento crítico, reflexivo e simultaneamente construtivo sobre o meu desempenho profissional e académico.

Por fim no último capítulo serão apresentadas as considerações finais, principais dificuldades e limitações encontradas ao longo do desenvolvimento do relatório de estágio, bem como sugestões de melhoria. Para finalizar serão mencionadas as referências bibliográficas consultadas e anexando-se alguns documentos elaborados durante este percurso.

Espero que este relatório de estágio traduza a minha caminhada na busca de competências especializadas, mediante os objectivos e actividades desenvolvidas para a concretização das mesmas. Mas que acima de tudo espelhe, não só, as competências técnicas e científicas, mas sobretudo as competências relacionais, pois é só no Estar com o Outro e na sua plenitude que me identifico completamente como enfermeiro.

2. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A denominação de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) surgiu no decurso da dificuldade em determinar a diferença entre o enfisema pulmonar e a bronquite crónica (in vivo). Assim, pelo facto de a bronquite crónica apresentar características de enfisema pulmonar e vice-versa, a denominação DPOC tornou-se apropriada. (Damázio e Presto, 2009)

Segundo a GOLD (2014, p.2) define a DPOC como:

“(...) doença prevenível e tratável, definida por uma limitação constante do fluxo de aéreo, geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica às partículas nocivas ou gases por parte das vias aéreas e pulmão. As exacerbações e as co morbilidades passam a evolução da doença para patamares de gravidade mais elevada” (nt: tradução do autor)

Segundo a GOLD (2014) a DPOC resulta de danos causados nos pulmões durante anos, geralmente associado a tabagismo crónico, sendo uma das principais causas de morbilidade crónica e de mortalidade a nível mundial. Para este organismo, trata-se de uma doença como referido anteriormente, com uma componente pulmonar mas também extrapulmonar, que contribui para a gravidade da doença.

A prevalência da DPOC em Portugal atinge valores de 14.2% nos indivíduos adultos com mais de 40 anos de idade, segundo um estudo efetuado numa amostragem representativa da população da área metropolitana de Lisboa, integrado num estudo mundial, elaborado por iniciativa da *Burden of Obstructive Lung Disease* (BOLD). Por outro lado, segundo dados publicados pela DGS, em 2011 *“(...) o número de internamentos por DPOC entre 2000 e 2008 aumentou cerca de 20%, tendo o custo por doente aumentado 16% ultrapassando o custo total dos internamentos de 25 milhões de euros, o que equivale a um aumento de 39.2%”*. (Norma 28, 2011:7)

A doença aumenta ao longo da idade, sendo mais prevalente no sexo masculino, embora esteja a aumentar nas mulheres, devido ao aumento dos

hábitos tabágicos no sexo feminino. O tabagismo, para além de ser a principal causa de DPOC, continua a aumentar a prevalência da doença em Portugal (INE, 2013).

Segundo dados do INE (2013) a DPCO *“é a 5ª causa de morte por doença em Portugal, depois das doenças cardio-cerebrovasculares, diabetes, pneumonias e cancro do pulmão”*.

Os episódios da exacerbação da DPOC, que acontecem frequentemente com estes doentes, conduzem à necessidade de internamento hospitalar para controlo da função respiratória. (Damázio e Presto, 2009)

Para a DGS, 2011

*“(...) as exacerbações da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, apressando a diminuição da capacidade respiratória e aumentando a mortalidade. O controlo e tratamento desta afeção permitiriam, não só a melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos”
(Norma nº 28, 2011:7).*

Etiologicamente a principal causa relacionada com o aparecimento da DPOC está relacionada com o tabagismo, cerca de 80 a 90% dos óbitos relacionados com DPOC (Wilkins et al., 2009:505), no entanto, vários estudos admitem a possibilidade de herança genética por falta da α 1-antitripsina. Outros fatores estão associados como fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC, como, infeções repetidas das vias aéreas, exposição ambiental (poluição do ar, fumos tóxicos e poeiras).

Os sinais e sintomas da DPOC incluem dispneia, tosse, produção de secreções e pieira, tipicamente aos esforços físicos. A dispneia é frequentemente ligeira, mas progressiva e ocorre mais tardiamente na evolução da doença. No exame físico do tórax, o doente pode apresentar roncos ou diminuição dos ruídos respiratórios. Outros sinais tardios podem surgir como uso da musculatura acessória da respiração, alteração do estado mental por hipoxia ou hipercapnia” (Wilkins et al., 2009:506).

A GOLD produziu seu primeiro relatório de consenso sobre uma estratégia global para o diagnóstico, tratamento e prevenção da DPOC, em 2001. Desde então, as directrizes GOLD já foram adotadas no mundo todo, influenciando directrizes nacionais e o desenho de estudos clínicos internacionais sobre a DPOC.

O diagnóstico clínico de DPOC deve ser considerado em todo doente com dispneia, tosse crónica ou produção de expectoração e/ou história de exposição a factores de risco para a doença.

Com o diagnóstico da doença, é também efectuado o estágio da doença. Segundo a GOLD (2014) os objetivos dos estadiamentos da DPOC são a determinação do grau de gravidade da mesma e seu impacto no estado de saúde e risco de exacerbações, hospitalizações ou morte, tendo como cerne optimização da terapêutica.

Para monitorização da sintomatologia, existem vários questionários que podem ser aplicados, sendo que os recomendados pela GOLD (2014) são o Modified Medical Research Council Questionnaire (mMRC) e o COPD Assesment Test (CAT). Sendo que o primeiro avalia o grau de incapacidade resultante da dispneia (classificando a dispneia em 4 graus), o segundo monitoriza o impacto da doença no dia-a-dia e sensação de bem-estar.

Requer a realização de uma espirometria, exame fundamental no diagnóstico da DPCO, para fazer o diagnóstico nesse contexto clínico. A presença de uma relação VEMS1 (volume expiratório forçado no 1º segundo) /CVF (capacidade vital forçada) $<0,70$ após-broncodilatador confirma a presença de limitação do fluxo aéreo e, portanto, da patologia obstrutiva. A espirometria proporciona uma previsão funcional útil das alterações patológicas provocadas pela doença. (GOLD, 2014).

O resultado da espirometria classifica o grau de gravidade da doença mediante o resultado de FEV1 após broncodilatação. Assim, o doente é classificado com DPOC Ligeira – GOLD 1- se $FEV1 \geq 80\%$ do predito; DPOC Moderada – GOLD 2- se $50\% \leq FEV1 < 80\%$ do predito; DPOC Grave – Gold 3

– se $30\% \leq FEV1 < 50\%$ do predito e DPOC Muito Grave – GOLD 4- se $FEV1 < 30\%$ do predito (GOLD, 2014).

A gravidade da doença é determinada por vários aspetos como: o impacto na saúde do doente, o risco de futuros eventos (exacerbações, admissões hospitalares, morte). Assentam ainda nos resultados de vários aspetos da doença isoladamente, como sejam: o grau de Assessment Test (CAT), o grau de limitação do fluxo aéreo (utilização da espirometria), o risco de exacerbações e as co morbilidades associadas (GOLD, 2014).

Considera-se uma exacerbação o agravamento dos sintomas respiratórios para além das normais variações do dia-a-dia, que leva muitas vezes a ajustes terapêuticos. Segundo GOLD (2014) o número de exacerbações com necessidade de hospitalização pode ser calculado a partir de uma análise da sintomatologia actual; resultado da espirometria, nível de qualidade de vida, número de exacerbações (2 ou mais exacerbações no período de um ano é preditivo de uma próxima exacerbação) e presença de co morbilidades.

Ainda que a principal característica da DPOC seja a limitação do fluxo aéreo, com base no conhecimento atual, a *European Respiratory Society* (ERS) e a *American Thoracic Society* (ATS) estabeleceram que o $FEV1$ isoladamente não tem capacidade de representar todas as complexas consequências clínicas da DPOC e que devem ser determinados parâmetros adicionais (Matos, 2011), mediante outros instrumentos de avaliação (Assessment Test (CAT), Clinical COPD Questionnaire (CCQ), Modified Bristish Research Coucuil (mMRC)) (GOLD, 2014)

As causas de descompensação das DPCO são multicausais, encontram-se discriminadas de forma sucinta no quadro 1:

Quadro 3- Causas de Descompensação da DPOC (2009)

Causas de Descompensação da DPOC
Infeção Pulmonar (vírica ou bacteriana)
Fadiga da Musculatura Ventilatória (retenção de CO₂ e acidose respiratória e alterações metabólicas);
Obstrução das Vias Aéreas (secreções, edema da mucosa brônquica, bronco espasmo);
Depressão do SNC (aporte excessivo de O₂, pode provocar hipercapnia, deterioração das trocas gasosas pela depressão do SNC);
Pneumotórax (a hiperinsuflação e a destruição do parênquima pulmonar, podem provocar a ocorrência de pneumotórax);
Tromboembolismo Pulmonar (a presença de policitemia a fim de compensar o deficit ventilatório; edema periférico associada a possível insuficiência ventricular direita, e destruição das paredes alveolares e vasculares, devido ao enfisema);
Alterações Cardíacas (doentes com hipoxémia crónica podem apresentar alterações cardíacas como por exemplo: insuficiência ventricular direita (cor pulmonale) Ou doenças cardíacas associadas que podem exacerbar a doença (edema pulmonar intersticial e alveolar);
Medicação (fármacos com efeitos colaterais como a broncoconstrição ou depressão do SNC, pode agudizar a doença);

Fonte: Presto et Damázio. (2009). Fisioterapia Respiratória. 4ª Edição. Mosby Elsevier. Rio de Janeiro.

A DPOC segundo a DGS associa-se a múltiplas co morbilidades que contribuem para aumentar a gravidade da doença, pelo que devem ser activamente investigadas. As exacerbações agudas da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, pelo que devem ser prevenidas e tratadas. (Norma 28, 2011:5-6) Caracterizam-se pela modificação das características habituais e aumento da dispneia, da tosse e da produção de expetoração que levam a um aumento do consumo de medicação. Cerca de metade das exacerbações agudas da DPOC são de etiologia infecciosa.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequados são factores fundamentais na gestão do processo de doença da pessoa com DPOC uma vez que permitem melhorar os sintomas, diminuir as exacerbações e atrasar o declínio da função pulmonar, não devendo existir, ou reduzindo ao mínimo as ações acessórias da terapêutica utilizada (DGS, 2011d).

Segundo a GOLD, 2014, os objectivos do tratamento da DPOC são os seguintes: tratar os sintomas, prevenir a progressão da doença, melhorar a tolerância ao exercício, melhorar o estado geral de saúde, prevenir e tratar as complicações, prevenir e tratar as exacerbações, reduzir a mortalidade e ainda prevenir ou reduzir ao mínimo os efeitos secundários do tratamento.

A cessação tabágica faz parte do programa, uma vez que o fumo constitui o maior factor de risco desta afecção. (GOLD, 2014) Também as pessoas com DPCO, com mais de 65 anos devem efectuar anualmente a vacina da gripe (Influenza) e as pessoas com mais de 65 anos e com um FEV1 <40%, devem efectuar a vacina pneumocócica. (DGS, 2011:2, d)

As opções farmacológicas para o tratamento da DPCO, em pessoas com sintomatologia, dependem da gravidade da doença de acordo com o grau de redução do FEV1. Cada estágio de gravidade da DPOC (DGS, Norma 28, 2011:4) apresenta opções terapêuticas, que não têm eficácia e custos idênticos, embora possam ser consideradas alternativas válidas.

As opções não farmacológicas para o tratamento da DPOC, salienta-se a reabilitação respiratória, na qual os doentes de todos os estádios beneficiam dos programas de treino, nomeadamente, melhoria na tolerância ao exercício, na sintomatologia, na dispneia e fadiga. A duração mínima de um programa é de 6 semanas, mas quanto mais tempo se prolongar melhores serão os seus resultados (GOLD, 2014).

As opções terapêuticas quer sejam farmacológicas ou não, têm demonstrado conseguir controlar a progressão da doença e ajudam a pessoa com DPCO a controlar os sintomas, a aumentar a capacidade física, reduzindo a hiperinsuflação, melhorando o fluxo ventilatório e maximizando a capacidade inspiratória, diminuem a fadiga, contribuem para a diminuição das exacerbações da doença.

2.1 Ventilação Não Invasiva Uma Alternativa Terapêutica

Episódios de exacerbação da DPCO podem conduzir a internamento, com necessidade de ventilação invasiva (VI), por insuficiência respiratória parcial. Uma alternativa a esta modalidade é a ventilação não invasiva (VNI). Estudos efetuados a nível internacionais e referenciados por Fonseca et al. (2011) numa revisão da literatura tendem a demonstrar que a VNI, assume uma importância substancial como alternativa à ventilação Invasiva, sobretudo em situação de insuficiência respiratória aguda.

A ventilação invasiva está habitualmente associada a uma panóplia de complicações, que condicionam a evolução clínica da pessoa a ela submetida. Na literatura encontram-se relatados inúmeras complicações relacionadas com a VI, bem como a presença da via aérea artificial que modifica os mecanismos de proteção, aumentando a possibilidade de infeção nosocomial, e ainda o desconforto, o *stress*, a possibilidade de barotrauma e alimentação e comunicação verbal. (Fonseca et al., 2011)

A VNI constitui uma alternativa à VI, sobretudo em pessoas com insuficiência respiratória em estágio precoce, que detenham ainda alguma capacidade ventilatória, bem como na extubação e desmame ventilatório, diminuído ou evitando a necessidade de reentubação, diminuindo significativamente o tempo de internamento nas unidades de cuidados intensivos, bem como as complicações da ventilação invasiva e custos relacionados com estas. Uma meta-análise realizada por Quon, Gan & Sin (2008) refere que a VNI reduz a possibilidade de entubação orotraqueal em 65%, diminuindo a taxa de mortalidade e internamento hospitalar em 1,9 dias.

Jurjevic et al (2009:792) realizaram um estudo cujo objetivo foi comparar a ventilação VI e a VNI na pessoa com DPOC. O estudo foi prospectivo, randomizado e realizado numa UCI multidisciplinar durante o período de 36 meses e incluiu 156 pessoas com DPOC. As pessoas foram agrupadas em dois grupos para a aplicação da VI e VNI. A comparação foi feita com base nas características das mesmas, nos parâmetros objetivos na admissão, e na avaliação das mesmas, na 1h, 4h, 24h e 48h após a admissão e ainda com

base em resultados. Confirmaram que a VNI tem resultados superiores para as pessoas com DPOC. A duração da VNI para a VI foi de 94:171 horas e o tempo de permanência na UCI foi de 120:223 horas. A pneumonia associada a VI foi de 6% (cerca de 29 pessoas), não se verificando nas pessoas submetidas a VNI. Esta opção terapêutica reduz assim o tempo de internamento da UCI é constitui uma alternativa segura em casos de DPCO e asma.

Piepers et al (2006:195) realizaram uma revisão sistemática da literatura que englobou 12 estudos. Todos os estudos sugerem um efeito benéfico da utilização da VNI sobre a qualidade de vida (nível de evidência Classe II-III) das pessoas submetidas a esta modalidade ventilatória, salientando que a VNI aumenta a possibilidade de sobrevivência e da qualidade de vida.

Por todos estes fatores mencionados a VNI, encontra-se em uso crescente quer na patologia aguda, durante o internamento (fase de descompensação da doença) ou no domicílio.

Para a DSG, 2011 a *“ventilação não invasiva deve ser efetuada nos episódios agudos das pessoas com DPOC, que cursam com insuficiência respiratória aguda hipercápnica (tipo II) (evidência A)”* (Norma 28, 2011:3).

Segundo a GOLD (2014) a ventilação não invasiva pode ser utilizada em alguns doentes, particularmente, os que apresentam hipercapnia diurna. Para o mesmo organismo (2014) a VNI na insuficiência respiratória aguda melhora a acidose respiratória (aumento do Ph e PaCO₂), reduz ainda o trabalho respiratório, a gravidade da dispneia e as complicações relacionadas com a ventilação invasiva.

As indicações para utilização de VNI, encontram-se especificadas na GOLD (2014) e são as seguintes: $Ph \leq 7,35$ e/ou $Pa\ CO_2 \geq 45\text{mmHg}$ e grave dispneia com clinica sugestiva de fadiga muscular, aumento do trabalho respiratório, utilização da musculatura acessória e respiração paradoxal.

Miller et al (2012) realizaram um estudo durante 6 anos que confirma esta ideia. O estudo envolveu 240 doentes com uma média de idade de 70 anos que recebeu VNI. O estudo evidenciou que a VNI é indicada para os episódios de exacerbação da DPCO. Destes doentes 167 sobreviveram à alta hospitalar com média de idade (70 vs 74, *p value* = 0,02) menor do que os não sobreviventes. Os dados laboratoriais basearam-se no PH, na PaCO₂ e no valor da ureia. O estudo concluiu que os doentes mais jovens, com menor ureia no sangue, acidose menos grave e PCO₂ mais baixos, demonstraram uma melhoria no Ph, uma hora após terem iniciado VNI, sendo mais propícios a terem melhores resultados.

Corner et al (2010) num noutro estudo pretenderam demonstrar que utilização da VNI durante o programa de reabilitação de doentes com DPOC, aumenta a intensidade e tolerância ao exercício, mesmo após o programa de reabilitação ter terminado. Para concretização deste estudo fizeram uma revisão sistemática da literatura com 2000 artigos. Destes, 28 artigos corresponderam aos critérios de inclusão e destes, todos exceto um, confirmaram esta hipótese. Esta revisão sugere que VNI pode permitir um aumento da intensidade e duração do exercício durante a reabilitação respiratória em doentes com DPOC de moderada a muito grave (de acordo com as orientações da *American Thoracic Society*), resultando num maior efeito do treino e num aumento da capacidade de tolerância ao exercício, mesmo nos doentes com obstrução grave, conforme determinado pelo FEV₁ (%).

Idênticos resultados obtiveram Dyer et al (2011) no estudo que realizaram tendo concluído que a VNI pode aumentar a tolerância ao exercício, melhorar o resultado de reabilitação respiratória em doentes com doença respiratória crónica.

Borghi-Silva et al. (2009) determinaram que a VNI pode melhorar a função muscular periférica e a capacidade de exercício em doentes com insuficiência respiratória grave. Este estudo avaliou o impacto fisiológico de VNI na força e na resistência dos músculos em doentes com DPOC grave,

determinando que o uso de VNI pode ser utilizada como adjuvante da reabilitação respiratória, porque proporciona descanso aos músculos respiratórios, reduz a dispneia e o esforço respiratório.

Idênticos resultados obtiveram Menadue et al (2009) no estudo que realizaram, referindo que a VNI reduz a limitação respiratória e a intolerância ao exercício, particularmente no desempenho das atividades de vida diária que envolvam o uso dos membros superiores, na pessoa com DPCO ou com hipercapnia grave. Neste estudo não ficou comprovada a eficácia da VNI em programas de que envolvam a marcha, mas em todo o caso o seu uso melhora a oxigenação no final do exercício.

2.2 Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na pessoa com DPCO submetida a VNI

A intervenção do EEER na DPOC

“(...)em programas educativos e programas de reabilitação respiratória, por forma a garantir o auto controlo e o autocuidado da pessoa doente, onde a adoção de um estilo de vida mais saudável, pelo recurso ao exercício físico, a uma alimentação saudável, à cessação tabágica são elementos a destacar”. (Diez, OE 2012:1)

Nas situações de agravamento da doença planeia-se intervenções específicas e individualizadas a cada pessoa, negociadas com esta e sua família de acordo seu projeto de vida, enquadra-se estas intervenções no âmbito das intervenções autónomas em enfermagem.

Para a mesma autora é da responsabilidade do EEER a elaboração, implementação de programas de reabilitação, bem como a orientação da equipa de enfermagem na obtenção de resultados efetivos para a pessoa doente/família

Na norma nº 28 de DGS (2011:3) as pessoas com DPCO, são candidatos a um programa de reabilitação respiratória (evidência A) segundo os seguintes

critérios: a) os doentes graves e muito graves (FEV1 <50%); b) os doentes ligeiros e moderados (FEV1 >= 50%) com limitação da capacidade de exercício; c) os doentes com internamento por exacerbação. Na GOLD (2014) estes critérios foram alargados a todos os estádios de doença, como referido anteriormente

Segundo esta norma da DGS e fazendo a articulação com as competências específicas do EEER, consideramos que nesta área de intervenção específica, pelas competências que detêm, como agente organizador e dinamizador, não só dos programas de reabilitação respiratória, mas também dos programas educacionais, na promoção da máxima autonomia e autocuidado salientando a importância destes aspetos na saúde e qualidade de vida da pessoa com DPOC, como determinantes para a enfermagem de reabilitação. Na norma é salientada esta ideia:

“(...) o recurso a programas educacionais de auto gestão efetuados individualmente no domicílio ou em grupo nos centros de saúde, devem ser implementados associados à reabilitação respiratória, devendo todos os doentes com DPOC ser encorajados a manter uma vida ativa. Os programas educacionais e de auto gestão devem ser incentivados, nomeadamente na vertente da correta utilização dos inaladores “ (norma nº 28, 2011).

Segundo Burtin et al. (2011) a Reabilitação Respiratória é importante não só na fase estável da doença, mas também na fase aguda da mesma, por consequência reduz o número de reinternamentos melhorando assim a qualidade de vida relacionada com a saúde e a capacidade de realização de exercícios. As exacerbações da DPOC conduzem muitas vezes a pessoa a restringir a actividade física no sentido de diminuir a sensação de dispneia, o que por sua vez leva ao declínio da capacidade de tolerância ao exercício aumentando a dispneia de agravamento progressivo e fadiga. Assim sendo a RR tem um papel fulcral para colmatar esta corrente de acontecimentos.

Os programas de Reabilitação Respiratória e Educação englobam, os seguintes domínios:

Quadro 4 - Programas de Reabilitação Respiratória

Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória;
Técnicas de Conservação de Energia;
Uso e gestão de Inaladores e terapêutica adjuvante;
Programas de Educação para Saúde e Cessação Tabágica;

Nos últimos anos têm-se verificado uma evolução significativa nos equipamentos e materiais utilizados, nesta modalidade terapêutica. O êxito desta opção terapêutica depende dos dispositivos utilizados (tipo máscara, ventilação), bem como da adesão ao tratamento por parte da pessoa a ele sujeita, da gravidade da doença e ainda à motivação e formação dos enfermeiros.

As condicionantes do insucesso são variadas, em qualquer ambiente hospitalar (UCI, internamento) ou mesmo no domicílio, e entre elas podemos destacar a incapacidade para adaptar a máscara adequadamente, presença de grande fuga da via aérea, habitualmente relacionada com a máscara, secreções em grande quantidade, associadas à tosse ineficaz e/ou incapacidade de deglutir, incapacidade para cooperar ou falta de cooperação da pessoa doente e da sua família. A monitorização contínua do doente durante todo o processo deverá ser assegurada, bem como o seu posicionamento é fundamental, a posição no leito com a cabeceira elevada superior a 30°, favorece a contração dos músculos respiratórios e evita possíveis problemas, como aspiração em caso de vômito.

O EEER além destes aspectos deve fomentar a associação da VNI, aos programas de reeducação funcional respiratória, uma vez que esta opção terapêutica constitui uma mais-valia, proporcionando inúmeras vantagens às pessoas com insuficiência respiratória crónica, nomeadamente, na *“redução do trabalho respiratório e dos músculos respiratórios, previne a compressão dinâmica das vias aéreas, aumenta o volume corrente, diminui a frequência cardíaca e aumenta o endurance”*. (Cordeiro et al., 2012:220)

Também Loureiro et al (2013) inúmera os benefícios de associar a VNI à reabilitação respiratória, sugerindo que a sua associação é um indicativo de maior sucesso clínico. Igualmente propõe a necessidade de incremento da formação de EEER, nesta área, sobretudo nos aspetos relacionados com a instituição e manutenção da VNI e a intervenção específica de reabilitação neste contexto.

Por estes aspetos descritos, evidencia-se a benefício de associar esta modalidade ventilatória a programas de reabilitação respiratória. O EEER tem um papel fundamental a três níveis: na reeducação funcional respiratória ao doente à pessoa com DPCO antes da VNI, durante a VNI e depois no seu regresso a casa, mediante, programas de treino e educação.

2.3 O cuidar na pessoa com DPOC submetida a VNI

Para o desenvolvimento deste projeto tornou-se fundamental, optar por um referencial teórico que sustentasse a minha concepção de cuidar e o meu agir enquanto enfermeiro. Suportei o meu pensamento no cuidar transaccional proposto por Meleis. Esta propôs o conceito de Transição como um dos conceitos centrais na disciplina de enfermagem norteou os meus cuidados à pessoa.

Ao longo do ciclo de vida as pessoas enfrentam mudanças, algumas previsíveis e desejadas, outras imprevisíveis e não desejadas, como é o caso do aparecimento ou agravamento de uma doença. A capacidade de adaptação para lidar com estas mudanças e a necessidade de alteração de comportamento, adaptação ou modificação de papéis, influenciam a vivência de situações de crise que marcam o desenvolvimento dos seres humanos (Meleis, 2010). Meleis denomina estas mudanças de transições. A transição vivenciada pela pessoa com DPCO, submetida a VNI, é uma transição na evolução saúde/doença.

Meleis entende assim a transição de saúde/doença como uma transição que traduz mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica.

Para esta autora as transições são passagens que devem ser vistas de forma dinâmica e inter-relacionada, o profissional de enfermagem terá a oportunidade de acompanhar várias etapas, devendo centrar os seus cuidados, na promoção do bem-estar do indivíduo que vive estas situações, capacitando-o para fazer face a estas mudanças e, deste modo, reencontrar um novo ponto de equilíbrio (Meleis et al. 2000).

O estabelecimento da relação entre enfermeiros e pessoas ocorre frequentemente durante períodos transicionais de instabilidade, precipitados por mudanças associadas a transições. Tais mudanças podem conduzir a profundas alterações nas vidas dos indivíduos e dos seus próximos e terem implicações significativas na saúde e bem-estar. Os enfermeiros devem focar-se na facilitação das transições das pessoas, famílias e comunidades, objetivo que só será conseguido se centrarmos a nossa atenção nas experiências singulares dos seres humanos em transição (Meleis e Trangenstein, 1994, p.257), por forma a estes efectuarem uma transição saudável. O EEER fornece instrumentos de suporte à pessoa, no sentido da adaptação e gestão apropriada da doença (Reardon, 2007). Sendo este um membro da equipa, ajuda a planear e a executar o plano global, que a pessoa possa tornar-se mestre na sua condição de saúde/ doença.

A pessoa com disfunção respiratória vive esta transição pela mudança de papéis que a incapacidade/intolerância física condicionam, pelas necessidades de aprendizagem que a gestão da doença e sintomas acarretam, bem como pelas condicionantes da doença que impedem uma autonomia plena e que conduzem a uma perspetiva negativa do processo de cuidados em que a pessoa e sua família se inserem (Mendes, 2013:37).

Mendes (2013:37) refere que dada a posição que o enfermeiro ocupa no processo de cuidados, esta posição, responsabiliza-o para a compreensão das variáveis, como a psicológica e/ou social que direta ou indiretamente influenciam a saúde e o bem-estar e impedem a transição saudável.

Esta concepção de cuidar e facilitar a transição é um dos objetivos da enfermagem de reabilitação. Ajudar a pessoa em situação de doença aguda ou

crónica a encontrar um novo sentido para a sua vida, atendendo sempre nesta ajuda ao projeto individual da pessoa e sua família de forma a promover a saúde, a gestão da situação de doença, tendo estes um papel ativo e participativo no processo de cuidados de reabilitação. Tendo como foco a autonomia da pessoa na sua condição de doença, muitas vezes é um caminho que esta percorre desde a exacerbação da doença, que muitas vezes necessita de internamento em contexto hospitalar e por fim novamente a transição do hospital para o domicílio.

Outro aspecto a considerar na utilização da VNI, para além da implementação e optimização da técnica são os aspetos ético-legais relacionados com o cuidar da pessoa. Considera-se a ética profissional como o saber que orienta a ação humana no sentido racional, sendo a ética profissional e deontológica o conjunto de princípios morais que orientam a conduta dos profissionais (Bustos, 2012).

A atualmente prática profissional baseia-se numa série de valores éticos, que surge na convergência de várias fontes, nomeadamente, da própria prática profissional (princípio da Beneficência e da Não Maleficência), da tradição jurídica (princípio da Autonomia) e política (princípio da Justiça).

Sabendo que a VNI é uma medida terapêutica destinada na melhoria da função respiratória, os profissionais de saúde deve de reflectir na ideia tradicional de “*fazer todo o possível*” para a ideia de “*de fazer todo o razoável*”, considerando-se essencial a decisão conjunta (profissional de saúde/família pessoa doente) de acordo com as expectativas de evolução da pessoa doente e a sua qualidade de vida futura, considerando que a VNI é uma modalidade terapêutica que contribui para a melhoria significativa do outcome da pessoa com DPOC.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendo evidenciar o meu percurso no que diz respeito ao desenvolvimento das competências atribuídas ao enfermeiro especialista (comuns e específicas) e ainda as necessárias para a obtenção do grau académico de Mestrados em Enfermagem – Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação propus-me atingir os objectivos de acordo com os domínios de competências pretendidos (apêndice 1 – tabela dos domínios).

Ao longo do meu percurso profissional tive em conta as orientações da Ordem dos Enfermeiros expressas no Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Padrões da Qualidade e outros documentos orientadores para uma prática de enfermagem de qualidade.

Para mim a frequência da especialidade de reabilitação constitui um foco de curiosidade, uma nova perspectiva, um novo olhar sob a prestação de cuidados da pessoa com limitações ou incapacidades, para prontamente identificar as limitações da pessoa e ajudá-la a maximizar estas ou mesmo a superá-las.

Segundo Hesbeen (2003, p.35) refere *“aquilo que distingue a acção dos reabilitadores não é tanta a sofisticação técnica mas sim o espírito que anima todo o processo de reabilitação”*.

O Regulamento das Competências Específicas do EEER diz-nos que:

o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiências acrescidas permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenções secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010, p.1)

Assim sendo, o EEER tem como competências específicas cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade, não esquecendo o espírito da reabilitação, que lhe vai permitir ver a pessoa não como alguém que tem ou desenvolveu uma capacidade ou limitação, mas sim como um todo.

Com base na temática escolhida e tendo em conta as competências específicas do EEER delineadas pela OE, foram definidos como objectivos gerais do projecto de formação os já descritos na página 12.

Ao longo deste capítulo vão ser descritas as actividades realizadas, dando assim resposta às competências comuns e específicas definidas pela OE, tendo sido definidos objectivos específicos para cada uma delas (Apêndice 1). Esta descrição é acompanhada da reflexão com base no conhecimento obtido aquando do diagnóstico de situação, nas experiências vividas ao longo do estágio e nas competências que foram sendo desenvolvidas enquanto futuro EEER durante a prestação de cuidados.

Na esfera das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010):

- Desenvolver uma prática profissional e ética na área de intervenção do ERR - A1;
- Reger a prática dos cuidados no respeito dos direitos humanos e da responsabilidade profissional - A2;

Foi agregada a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (OE, 2010b, p.2) :

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos contextos da prática de cuidados. - J1

O meu percurso para desenvolver as competências acima mencionadas decorreu em dois Centros hospitalares de Lisboa. Iniciou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios no período de 7 de Outubro até 10 de Dezembro e o segundo estágio decorreu num serviço de Internamento Neurocirúrgico no período de 8 de Janeiro a 16 de Fevereiro .

A responsabilidade profissional, ética e legal está preconizada no estatuto da OE (2012), sendo que no capítulo VI da deontologia profissional é referido que os membros estão obrigados a “exercer a profissão com os

adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (OE, 2012, P. 72). Posto isto, antes de desenvolver alguma actividade, foi consultada bibliografia para o efeito, de forma a fundamentar toda e qualquer prática e assim poder discutir o que poderia vir a ser feito com os orientadores clínicos de cada local de estágio. Antes ainda, foi realizado um projecto de desenvolvimento que foi discutido com a docente orientadora.

Para que todos os princípios éticos fossem cumpridos, em todas as colheitas de dados realizados junto da pessoa/ família e do seu processo clínico, todas as discussões com a equipa multidisciplinar, nas notas pessoais e nos trabalhos desenvolvidos, foi mantido o sigilo e anonimato dos envolventes. Cumpriu-se assim o artigo 85º do código deontológico do enfermeiro referente ao dever do sigilo em que se refere que o enfermeiro assume o dever de “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (OE, 2012, p. 78). A ética da ER é constituída pelos julgamentos sobre as decisões e ações decorrentes, com base nas regras de conduta ou preceitos da prática da mesma. Esta prática inclui o relacionamento do enfermeiro com a pessoa / família e sociedade (Hoeman, 2000)

Para alcançar todos os objectivos específicos incluídos neste conjunto de competências, foi de extrema relevância rever o projecto de aprendizagem que tinha sido elaborado e discutido o mesmo, com os orientadores clínicos em cada um dos locais de estágio. Esta revisão permitiu não só recapitular os objectivos específicos definidos, mas reorganizar um trajecto facilitador para o desenvolvimento de competências de EEER em cada contexto de estágio.

A unidade de cuidados intensivos respiratórios caracteriza-se pela qualidade e referência nos cuidados prestados à pessoa com patologia respiratória, tendo este serviço grande capacidade para cuidar da pessoa, acometida por as mais variadas patologias respiratórias. As patologias mais frequentes neste serviço, são as patologias respiratórias obstrutivas como a DPOC, as patologias restritivas como o derrame pleural, pneumotórax e as neoplasias do pulmão.

Este serviço tem ainda uma particularidade, que se deve ao facto, de existir nele uma sala direccionada para a VNI, uma vez que muitos dos doentes que são extubados na unidade de cuidados intensivos, são posteriormente transferidos para esta sala. Está alocada ao mesmo espaço.

Sempre que se inicia a adaptação da pessoa à VNI, este momento é gerido pela sua complexidade e imperativa sensibilidade pelo EEER. Esta sala tem como finalidade dar apoio a pessoa que inicia este tipo de ventilação neste contexto ou em situações de exacerbação da doença respiratória, logo o ER é um elemento fundamental no que diz respeito a vigilância e adaptação da pessoa a esta modalidade terapêutica. Segundo Hoeman (2000, p. 98) na ER a prevenção da complicação das incapacidades, a manutenção das capacidades presentes, o alcance do maior número possível de capacidades funcionais e a qualidade de vida, são princípios a ter em conta, tanto nas decisões clínicas como nas de gestão, que influenciam a eficiência e a eficácia dos cuidados.

Todas as atividades suprarreferidas foram desenvolvidas no sentido de dar resposta aos objectivos específicos delineados para desenvolver as anteriores referidas competências comuns de EE e específicas de EEER. Pelo que foram colhidos dados de forma sistemática de acordo com os pressupostos teóricos de Melleis, foram identificados os recursos existentes nos serviços, recursos existentes na família e comunidade, discutidos os casos com os orientadores clínicos e partilhado com a equipa multidisciplinar. No sentido de reunir competências para identificar necessidades de intervenção de ER, foi determinante a elaboração dos processos de enfermagem incluindo os respectivos planos de cuidados. Esta avaliação inicial completa, pormenorizada e individual vai de encontro ao desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Pelo que foi possível elaborar e implementar programas de reabilitação tendo em vista as necessidades e potenciais de cada pessoa, tendo sempre em conta não só o potencial de reabilitação de cada pessoa, mas também os seus objectivos pessoais e motivações, tendo como base os seus hábitos de

vida, crenças e aspectos culturais particulares. Vai-se assim de encontro a mais um grupo de competências comuns e específicas do EEER.

Na esfera das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2010):

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica- B1 ;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade – B2;
- Criar e manter um ambiente terapêutico seguro – B3;

Foi agregada a seguinte competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (OE, 2010b, p.2) :

. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania – J 2

O início da caminhada para a aquisição e melhoria das competências inicia-se pela integração na equipa multidisciplinar, quer ao nível das dinâmicas dos serviços, com o objectivo de compreender a metodologia de trabalho, quer a nível da complexidade dos cuidados especializados em ER prestados à pessoa com incapacidade.

Tal como refere Hesbeen (2003, p. 63) *“a multiplicidade da equipa de reabilitação é vital, porque oferece ao doente um ambiente humano diversificado, essencial à vida”*.

Ao conseguir integrar-me na orgânica dos serviços nos quais estagiei pude a partir daí assumir uma postura assertiva de forma a conseguir fazer uma avaliação sistemática das melhores práticas e das intervenções do ER. Nunca descorando que o EEER tem um papel fundamental na equipa, uma vez que este possui uma série de qualificações como formador e educador, que o habilita a uma prestação autónoma e em parceria com a restante equipa e com a pessoa doente e sua família. O ER assume-se assim no seio da equipa como um perito nos cuidados de ER, respeitando sempre a autonomia e a dignidade humana. Atende na sua prestação à autodeterminação da pessoa e à sua

capacidade para a tomada de decisão, juntamente com a sua família e a considerando conjuntamente com a equipa multidisciplinar ao seu projecto de vida pessoal. Um dos factores facilitadores neste processo constituiu as passagens de informação junto ao enfermeiro responsável, bem como a participação nas reuniões clínicas.

As incapacidades e as barreiras que a doença provoca, levam a modificações significativas na vida da pessoa/família. Esta transição entre saúde-doença exige do EEER a capacidade de conduzir a pessoa a um processo de adaptação à sua nova condição de vida, para que esta consiga atingir a mestria na sua doença, que constitui a condição essencial para alcançar a transição saudável segundo Meleis.

Nos locais de estágio verifiquei que existia algo em comum entre eles, em ambos os serviços o EEER desempenhavam um papel importante, sendo um pilar da equipa de enfermagem, tanto pela sua capacidade de liderança e gestão, mas também pela sua capacidade de tomada de decisão, fundamentada num conhecimento profundo e minucioso da área a qual está habilitado. Sendo que este potencia as capacidades da pessoa ao qual cuida tendo sempre uma perspectiva a maximização das capacidades dessa, envolvendo na sua prestação a família e a restante equipa.

A EEER da UICR teve um papel fundamental na minha integração no serviço. Esta acolheu-me e apresentou uma grande disponibilidade para que pudesse expor os meus medos, receios e dúvidas relativamente aos cuidados de ER à pessoa com patologia respiratória.

No que diz respeito aos cuidados de ER, o EEER tem competências que lhe permitem efectuar uma avaliação inicial da pessoa traçando um plano de RR a qual é muitas vezes solicitado pela equipa médica, através de um pedido por escrito para o departamento de reabilitação respiratória, em contrapartida o EEER possui autonomia em decidir quais as intervenções necessárias para conduzir a implementação e efectivação do plano de reabilitação, mais adequado e adaptadas às necessidades da pessoa de quem cuida.

Na planificação e implementação do plano de reabilitação são atendidas as condições que visam definir estratégias de resolução de problemas para que a pessoa e sua família possam realizar a transição de saúde-doença da forma mais saudável possível.

Segundo Brook (2005) os enfermeiros estão numa posição privilegiada comparativamente aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, visto que são estes, tem maior tempo de contacto com a pessoa, o que lhe fornece um conhecimento aprofundado, o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com a pessoa e seus cuidadores.

Esta caminhada na relação empática inicia-se no momento em que o enfermeiro está disponível, para a escutar, se senta junto dela para realizar a colheita de dados. O que constatei foi que com a frequência do mestrado foi que este me facultou um olhar diferente, mais abrangente da pessoa, de forma a planificar um programa de reabilitação (PR) mais adequado às suas necessidades pessoais. Esta colheita de dados foi realizada com os instrumentos existentes nos locais de estágio, tendo sempre como base a visão particularizada da ER.

Esta avaliação inicial caracteriza-se pela realização de uma história clínica completa e sistemática, sob a forma de entrevista, articulando com a informação obtida no processo da pessoa e junto da família. Foram realizadas avaliações iniciais às pessoas alvo dos cuidados, que incluía a informação biográfica, história da doença actual e progressão, terapêutica habitual, hábitos e estilos de vida, história familiar e social (apoio familiar, qual o (s) cuidador (es), recursos da comunidade que dispõe e utiliza e a sua situação laboral. (Cordeiro & Menoita, 2012)

No contexto da pessoa com patologia respiratória, nomeadamente na DPOC, para fomentar mais o planeamento das minhas intervenções fui explorando mais a avaliação subjectiva, nomeadamente: a história actual da sua situação de saúde. Nesta fase foram colocadas questões referentes à tosse, características da expectoração, avaliação da dispneia e toracalgia. Foi ainda realizada exames objectivos nomeadamente: a inspecção da pele

(identificar eventual cianose); pesquisa de hipocatismo digital; avaliação do tórax de forma sistematizada e simétrica; avaliação do tipo de padrão respiratório (ritmo respiratório, frequência respiratória, padrão respiratório; simetria e amplitude); palpação e auscultação pulmonar.

Para complementar a minha avaliação foram ainda consultados os exames complementares de diagnósticos realizados, nomeadamente radiografia de tórax, gasimetria arterial, TAC torácica; análises laboratoriais e provas de função respiratória (espirometria). (Cordeiro & Menoita, 2012)

O papel do EEER perante a equipa de enfermagem, também consiste na dinamização da mesma, transmitindo conhecimentos à equipa orientando-os, estimulando-a e motivando-a, resultando com esta partilha um crescimento da equipa a nível técnico-científico, cognitivo e relacional, visto esta ser muito jovem nesse serviço.

A EEER é igualmente um suporte fundamental na articulação com a equipa médica, equipa de enfermagem, dietista, assistente social, bem como com outros elementos externos ao serviço, nomeadamente o serviço de medicina física e reabilitação, serviço de exames complementares de diagnósticos e a comunidade.

Saliento a articulação com a comunidade na qual o ER tem um papel substancial no momento da alta – articulando com o centro de saúde, ou unidade de cuidados continuados - mediante uma referenciação prévia e atempada antes do momento da alta, para que esta possa suceder assegurando a segurança da pessoa e continuidade dos cuidados na comunidade.

Assim visando o regresso a casa em segurança o ER tem de gerir o tempo de forma a capacitar a pessoa, através da reabilitação, para que esta possa atingir o máximo de autonomia a quando do momento da alta hospitalar. Embora os planos de reabilitação sejam projectados nas situações agudas, devem preparar também a pessoa/família para este momento.

Como EER é imprescindível o reconhecimento da autonomia, respeitar como o outro vive. Não cabe a quem cuida ditar ao outro uma maneira de viver, mas sim cabe à pessoa cuidada elaborar as formas novas de estar no mundo com a ajuda de quem cuida (Honoré, 2004)

A transição hospital domicílio é muitas vezes realizada pelo EEER em parceria com a assistente social, visto que a EEER faz a avaliação inicial das capacidades da pessoa/família e estabelece com estes, um plano previamente estabelecido em contexto de internamento, na qual a EEER vai conseguir fundamentar e esclarecer todas as dúvidas dessa pessoa/família para que esta se possa tornar o mais independente possível perante a sua condição de doença.

Em algumas situações a VNI é referenciada nesse plano terapêutico, pelo que a EEER tem um papel crucial na adesão e manutenção garantido assim a eficácia e eficiência do seu uso no domicílio.

Além da partilha de conhecimentos individualmente com o enfermeiro, a EEER tem um papel fulcral na formação da equipa como já foi mencionado, uma vez que este deve manter perante a equipa uma actualização contínua de conhecimentos e boas práticas, as quais se irão reflectir na qualidade dos cuidados prestados nesse serviço.

Assim sendo a EEER constitui um elo fundamental no cuidado especializado na ER, visto que o ponto crucial nos cuidados é qualidade dos mesmos prestados a pessoa/família, baseado na diferenciação e personalização de cuidados focados na pessoa, na sua autonomia e projecto individual de vida.

Todos os cuidados de enfermagem prestados naquele serviço são enquadrados num ambiente seguro, pela tomada de decisão, baseada na evidência científica e no julgamento clínico é partilhada por todos os elementos da equipa de enfermagem tendo em consideração a perspectiva de enfermagem de reabilitação.

Ao longo do estágio senti-me parte integrante daquela equipa e inserido na dinâmica do serviço. Procurei na prestação de cuidados desligar-me da perspectiva mais simplista de enfermeiro generalista para assumir uma visão mais meticulosa, complexa e específica que considero essencial ao EEER, considerando nesta prestação a qualidade dos cuidados de reabilitação.

Do decorrer do estágio fui gradativamente ganhando maior autonomia, iniciativa e capacidade de decisão clínica, uma vez que fui obtendo mais segurança na minha prestação de cuidados, nomeadamente na avaliação da pessoa com patologia respiratória, bem como na formulação e implementação de planos terapêuticos. Tive ainda, a possibilidade de experienciar a gestão dos cuidados de enfermagem, bem como perceber o papel que a EEER desempenha naquele serviço. Constatei que para que haja eficiência e eficácia dos cuidados a EEER tem de possuir ferramentas/recursos/competências para que possa ao gerir o tempo com a máxima equidade/acessibilidade possível, estabelecendo prioridades no âmbito da ER.

Apurei durante o estágio que a ERR é solicitada frequentemente pela equipa de enfermagem e médica, visto que existe um grande número de pessoas internadas naquele serviço com necessidades alteradas necessitando por este motivo de cuidados especializados de ER. Estas solicitações exigem grande esforço por parte da EEER, nomeadamente na gestão de tempo e no estabelecimento de prioridades da organização de cuidados. Em contrapartida verifiquei que apesar desta solicitação constante, que a equipa está sensibilizada para a importância da existência um EEER naquele serviço, que consideram as suas competências, e valorizam o trabalho que a enfermeira tem desenvolvido ao longo do tempo, traduzindo-se este em ganhos em saúde para os doentes.

No meu percurso no serviço de respiratórios tive a possibilidade prestar cuidados tanto na unidade de cuidados intensivos como na sala da VNI, e verifiquei que a EEER trabalha em parceria com a equipa médica e com a equipa de enfermagem em benefício da pessoa submetida a VNI e da sua qualidade de vida. Sempre que a EEER está no serviço era esta que fazia as admissões da pessoa/família ao qual iria iniciar VNI, por consequência facilita

um ambiente de disponibilidade, partilha e segurança para simplificar o processo de adesão a esta modalidade terapêutica.

Assim sendo a EEER constitui a “*gold key*” no que diz respeito à monitorização apertada da pessoa que realiza VNI, bem como da compreensão dos factores que condicionam a não adesão à mesma, criando estratégias que minimizem as dificuldades encontradas. A EEER detém competências relativas à implementação de planos terapêuticos que facilitem a adesão da pessoa a esta modalidade terapêutica.

Uma dificuldade que senti no início do estágio foi a existência de internamentos curtos, premissa das atuais condicionantes dos sistemas de saúde, que pretendem altas cada vez mais precoces. Estas condicionantes dificultam o envolvimento da pessoa e do cuidador ao plano terapêutico, porque os internamentos são cada vez mais curtos o que vai contra os princípios da enfermagem de reabilitação em que os processos de reabilitação são morosos e complexos. Além disto o plano terapêutico podia ser continuado em outros serviços de internamento o problema reside também no processo de alta desta unidade directamente para o domicílio. Muitas destas pessoas não são referenciadas para o DRFR ou sala de VNI piso 7.

Muitas vezes a pessoa doente deparava-se com um aparelho novo, o qual não lhe era familiar e ao qual teria que se adaptar e cuja adaptação e utilização o impossibilitava nalgumas situações a realização das suas AVD. Esta dificuldade que senti foi encarada como um desafio, pois tive de criar planos mais adaptados ao tempo, que a pessoa iria estar em contexto de internamento, e ainda a procurar ter um olhar crítico, olhar este que é exigido ao EEER.

Neste EC tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a área da VNI, visto ter participado num congresso que se realizou no Hospital de Vila Franca de Xira na qual foi abordado várias temáticas neste âmbito. Houve ainda a possibilidade de participar nos *workshops*, a qual me forneceu conhecimentos a nível da experiência de como é ser submetido a esta

modalidade terapêutica. Esta experiência enquadra-se no domínio da qualidade dos cuidados e na aprendizagem profissional.

Esta experiência fez-me desenvolver estratégias quer a nível de comunicação, quer a nível técnico e instrumental para a implementação da VNI, sendo que a frequência destes cursos constituiu uma mais-valia a nível da experienciação e da percepção da sensação da utilização deste aparelho, o que facilitou a explicação á pessoa/família e o seu processo de adesão.

A EEER quando supervisiona os cuidados de enfermagem da equipa tem em atenção à mecânica corporal e à ergonomia desse enfermeiro, quando este mobiliza a pessoa no leito. Assim o ERR tem um papel fundamental no cuidar da pessoa doente mas também cuidar na pessoa de quem cuida. Este alerta e educa a equipa para possíveis lesões que podem advir desse esforço, através de uma correta postura corporal e posicionamento, na mobilização e transferência da pessoa.

Ainda dentro da mesma temática acima relatada a ERR desempenha um papel pedagógico essencial no habilitar da equipa de enfermagem para os posicionamentos terapêuticos que os doentes podem beneficiar e que ajudam na sua recuperação terapêutica, os quais são muitas vezes são desconhecidos para os mesmos, ou realizados com pouco domínio da técnica.

Ao longo do estágio colaborei muitas vezes com a equipa de enfermagem, para os esclarecer qual o posicionamento adequado à condição de saúde de um determinada pessoa doente e que promoveria sua recuperação. Esta parceria constituída entre mim e o enfermeiro generalista foi sempre supervisionada pelos meus tutores do campo de estágio.

O posicionamento terapêutico no cuidar da pessoa com patologia pulmonar facilita a recuperação pulmonar quer a nível da prevenção/ tratamento das atelectasias, nos derrames pulmonares objectivando a não formação de aderências pleurais e ajudam ainda no recrutamento alveolar para que as trocas gasosas sejam eficazes.

Além da melhoria do padrão respiratório, outra área relativa aos posicionamentos terapêuticos, refere-se aos posicionamentos para prevenir a instalação da espasticidade na pessoa com lesão cerebral, mais concretamente sujeita a um acidente vascular cerebral (AVC).

O ERR baseia-se no método de Margaret Johnstone quando aborda a pessoa com AVC, este método tem como cerne a utilização de posicionamentos opostos aos padrões de espasticidade mesmo antes desses padrões começarem a surgir. Deve ser implementado nas primeiras horas, devendo-se manter durante as 24 horas com o objectivo de evitar a instalação ou o agravamento da espasticidade. Simultaneamente na pessoa sujeita a AVC deve realizar uma reeducação motora e sensitiva do lado afectado, bem como estimulação dos reflexos posturais normais, tendo como foco referencial o padrão de desenvolvimento motor da criança.

Esta estimulação tem de ser realizada em ambos os lados, o lado são e o afectado para que facilitar a plasticidade cerebral. (Sabina, 2007)

Durante o estágio pude ainda realizar algumas intervenções colaborando com a equipa de enfermagem na execução de algumas transferências, nomeadamente: cama-cadeirão; cama-cadeira de rodas e vice-versa, procurando nestas transferências manter a correta postura corporal para ambos, procurando executar a transferência com a máxima segurança tanto para o doente como para o enfermeiro.

Para atingir as competências como EEER foi necessário aprofundar conhecimentos teórico-práticos de como cuidar da pessoa, considerando a maximização das suas capacidades e o seu potencial de reabilitação, bem como o impacto que a incapacidade tem na execução das actividades de vida diárias.

Para poder dar resposta às necessidades encontradas em parceria com a pessoa (diagnósticos em enfermagem), foi utilizada a Taxonomia NANDA como linha orientadora para a planificação dos planos de cuidados, tendo sido identificada a necessidade de cuidados da pessoa, realizado o diagnóstico de enfermagem, planeadas e implementadas as intervenções de enfermagem e

por fim feita a avaliação das intervenções executadas para solucionar as necessidades alternadas e se necessário reformula-las.

Para dar continuidade às intervenções de enfermagem junto da pessoa, os registos de enfermagem são instrumentos fundamentais no que diz respeito à continuidade dos cuidados, pois estes fornecem a informação relativa à evolução da pessoa de um turno para o outro, quais as intervenções facilitadoras para incrementar essa evolução. A comunicação adequada entre a equipa multidisciplinar é crucial para o sucesso de todo este processo.

Assim sendo os registos é um instrumento elementar para a avaliação dos cuidados, e ainda são considerados como um documento legal, isto é, estes registos asseguram quer uma protecção legal à pessoa cuidada, como ao enfermeiro.

Em cada estágio realizei registos de enfermagem de acordo com o protocolo existente em cada serviço, sendo que no serviço de pneumologia, o registo era realizado manualmente numa folha específica para o EEER, sendo possível o registo de vários parâmetros, da esfera dos cuidados especializados do ER. Esta folha além de ser muito sistemática e completa, facilitava a sistematização e organização dos cuidados, permitindo uma visualização rápida e facilitada a toda equipa multidisciplinar da situação do doente.

No segundo estágio os registos eram informáticos, mas não permitia uma visualização global das intervenções e avaliações do EEER, nem uma visualização rápida dos planos cuidados traçados pelo mesmo.

O sistema informático baseava-se no modelo CIPE, apesar de ser uma linguagem simples e muito objectiva, este não permite a visualização do que tinha sido realizado anteriormente e a evolução do doente, o que condiciona um pouco a continuidade dos cuidados prestados à pessoa/ família.

Os dois objectivos anteriormente referidos foram atingidos através da minha integração na equipa de enfermagem nos locais de estágio como futuro EEER, na prestação directa de cuidados especializados de ER à pessoa e ainda na articulação com a equipa multidisciplinar como EEER.

Seguindo a linha orientadora planificada para o meu relatório tive necessidade de adquirir competências, que permitam cuidar a pessoa com incapacidade em parceria com os seus cuidadores, de forma a respeitar as necessidades de ambos.

Enquanto futuro EEER a pessoa com DPOC é foco de cuidados devido á incapacidade que surge por consequência da evolução da doença, quando esta é submetida a VNI, a pessoa com DPOC encontra-se num episódio de exacerbação ou numa fase avançada da evolução da sua doença. Pelo que esta pessoa tem as suas AVD afectadas no decorrer da sua doença, sendo assim importante que o EEER, desenvolver outro grupo de competências de EE e de EEER, pretende-se com a gestão de cuidados e a maximização da funcionalidade.

Assim no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados (OE, 2010):

- Organizar os cuidados optimizando as respostas da equipa de enfermagem criando a ponte com a equipa multiprofissional – C1;
- Adapta a liderança e gestão dos recursos as situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados – C2

Foram associadas as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (OE, 2010, p. 2)

- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa - J3.

Para conseguir desenvolver as competências mencionadas anteriormente, considero o estágio no serviço de pneumologia como crucial em todo este processo.

A EEER neste estágio foi o elemento catalisador de todo o processo, relativo à minha aprendizagem, criando um ambiente favorável à aprendizagem, o que me permitiu aprofundar conhecimentos na área de pneumologia, da RR, bem como na reabilitação motora.

A minha caminhada neste estágio foi progressiva e positiva, a qual me permitiu diariamente e crescentemente enquanto futuro EEER adquirir e adequar os melhores cuidados especializados à pessoa com DPOC submetida a VNI.

Considero um campo de estágio enriquecedor do ponto de vista de aprendizagem, por apresentar uma grande variedade de patologias distintas do foro respiratório, apresentando a pessoa necessidades específicas alteradas, o que permite uma enorme diversidade de situações de aprendizagem. Desde o início estive motivado para a realização deste estágio, uma vez que considero que este campo de estágio me proporcionou competência, que permitem melhorar os meus cuidados enquanto enfermeiro generalista, bem como aprofundar conhecimentos no âmbito da reabilitação.

Ao iniciar este estágio tive a necessidade aprofundar conhecimento a nível teórico sobre a anatomia/fisiologia do aparelho respiratório, bem como a fisiopatologia de diversas patologias obstrutivas nomeadamente a DPOC, fibrose quística, a asma, a fibrose pulmonar, bem como o grupo das patologias restritivas como por exemplo o derrame pleural, o pneumotórax e hemotórax e ainda as neoplasias do pulmão. Esta pesquisa cimentou os meus conhecimentos na área e penso que de futuro serei capaz de avaliar a pessoa com patologia respiratória e por consequentemente adequar um programa de reabilitação atendendo às necessidades dessa pessoa.

Visto o meu objecto de estudo para este estágio ser a pessoa com DPOC submetida a VNI foi planificado um conjunto de cuidados especializados na área da reabilitação na base das necessidades da pessoa.

Por este motivo é fundamental realizar uma avaliação detalhada da pessoa com essa patologia respiratória, pelo que recorri à Taxonomia Nanda, que permite a planificação de cuidados de acordo com um diagnóstico de enfermagem – problema identificado e o estabelecimento do objectivo final, de maneira a que as intervenções traçadas possam assim satisfazer as necessidades da pessoa e consequentemente a resolução desse problema.

No decorrer deste estágio constatei como era de extrema relevância a avaliação da pessoa de forma sistemática e a importância considerar o acto de

cuidar assente numa perspectiva de enfermagem e consequentemente num modelo teórico de enfermagem, que como já foi mencionado previamente recaiu no modelo teórico de Afa Meleis. Todos os diagnósticos da Nanda foram identificados e procurei focar-me na sua resolução, visando o bem-estar da pessoa e considerando a obtenção da máxima independência possível. Desta forma foi possível implementar um programa de reabilitação tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dessa pessoa.

Na implementação de um programa de reabilitação das pessoas de quem cuidei, tive primitivamente a preocupação inicial da avaliação segundo a Nanda na área da respiração, quais os diagnósticos existentes nessa área., uma vez que o domínio desta área, permitiria a implementação do melhor programa de RFR.

A RR foi sempre uma área de eleição por mim, pois aprofundei conhecimentos sobre nesta área o que facilitou a operacionalização das minhas intervenções na prática. Durante o estágio constatei os benefícios da RR no que diz respeito à melhoria da sintomatologia, a potenciar o máximo de independência e à melhoria da qualidade de vida da pessoa com patologia respiratória.

De forma a desenvolver o melhor programa de RR tive a necessidade de desenvolver e treinar os conhecimentos relativos à avaliação da pessoa com patologia respiratória. Neste serviço existe uma folha de avaliação e registos dos cuidados de ER realizados, pelo que facilitou a esquematização dos cuidados prestados à pessoa bem como a sua evolução ao longo do tempo adequando assim o plano traçado.

Na pessoa com patologia obstrutiva pude atestar, a existência da característica de sensação de dificuldade respiratória e diminuição do tempo expiratório, relacionada com a limitação ao fluxo expiratório, pelo que o objectivo principal é aumentar o volume expiratório e, consequentemente diminuir o trabalho respiratório. A RR vai contribuir para prevenir e tratar a obstrução do fluxo aéreo, dificuldade em eliminar a expectoração, alterações na função ventilatória, dispneia e capacidade de realização de exercícios (Cordeiro & Menoita, 2012)

Tal como nos refere Brooker (2005) as crises de dispneia podem ser assustadoras, o que vai levar a uma bola de neve de acontecimentos que colmatam num progressivo défice de realização das AVDs. Ao ter as crises de exacerbação de dispneia, a pessoa vai limitar os acontecimentos que as despoletam, surgindo o evitamento do exercício físico que por sua vez leva a progressiva inatividade. A RR inverte esta espiral otimizando a performance física e a autonomia (Brooker, 2005). A intervenção do EEER torna-se crucial na quebra desta cadeia de acontecimento ao intervir no sentido da recuperação da autonomia. Tal como é referido num estudo realizado por Chen, Lee, Cho, & Weng (2008) este deve adoptar um papel activo de suporte e ajuda à pessoa no sentido de se adaptar às mudanças fisiológicas e psicossociais que a doença implica e assim maximizar os comportamentos de auto gestão da mesma.

Segundo a taxonomia da Nanda, no que diz respeito à área respiratória esta implicava uma avaliação do padrão respiratório, a auscultação pulmonar, a palpação torácica, a inspecção torácica, os sintomas respiratórios nomeadamente a dispneia, tosse expectoração cansaço. Neste serviço a dispneia é monitorizada e avaliada mediante a utilização de escala de dispneia classificada em quatro graus. De todos os sintomas a dispneia é o que causa maior incapacidade e ansiedade, por sua vez a tosse é frequentemente o primeiro sintoma que surge e é muitas vezes associada ao tabaco e poluição, sendo por isso desvalorizado (GOLD, 2014). A dispneia e o cansaço foram monitorizados com a Escala de Borg Modificada visto que a sua aplicação é mais objectiva que a Escala de Borg, pois essa baseia-se numa avaliação da frequência cardíaca após exercício físico, que permite por consequência uma interpretação melhor da monitorização da evolução da pessoa. Também é utilizada a Escala London Chest Activity of Daily Living cuja monitorização se foca na capacidade da pessoa em realizar as AVD's.

A auscultação pulmonar para mim sempre foi um grande desafio, tendo previamente realizado um trabalho autónomo, com o objectivo de treinar o meu ouvido, antecipadamente em casa com sons referentes quer à auscultação pulmonar, quer a auscultação cardíaca. Ao longo do estágio foi possível

desenvolver essa competência, tendo conseguido identificar sons e ruídos, que são fundamentais na construção do programa de reabilitação respiratória. Assim posso verificar que a auscultação pulmonar é uma ferramenta útil na adequação do programa de RR à pessoa.

O EEER tem de ter competências para a interpretação de alguns exames complementares de diagnóstico, por permite uma visão mais globalizante da pessoa e adequar o melhor cuidado à pessoa. Um desses exames é a Radiografia (RX) do tórax, a interpretação do mesmo é uma ferramenta poderosa, na identificação dos problemas de saúde dessa pessoa e na planificação das intervenções a implementar.

Neste estágio tive ainda a oportunidade em parceria com a minha tutora da interpretação dos RX mais pertinentes, o que permitiu a aquisição de competências nessa área tão fulcral para a eficácia e eficiência dos cuidados especializados do EEER.

Uma área familiar para mim, visto eu trabalhar em contexto de cuidados intensivos e essa prática ser frequente é a interpretação dos valores gasimetricos. Com esses valores o EEER consegue planear toda a sua intervenção tendo em conta a melhoria da capacidade ventilatória dessa pessoa com patologia respiratória e pude constatar a eficácia da sua intervenção.

Esta avaliação acima mencionada são ferramentas essenciais para a construção dos planos de cuidados (PC), adaptados às necessidades respiratórias da pessoa a quem prestei cuidados. Muitas dessas pessoas têm em simultâneo as AVD alteradas, devido á patologia respiratória, a qual não afecta exclusivamente a respiração.

Após estas avaliações à pessoa com patologia respiratória consegui traçar intervenções de enfermagem que procuraram responder às necessidades da pessoa relativamente as suas AVD. Uma desses PC tratava-se de uma pessoa com DPOC submetida a VNI e a outra pessoa com fibrose quística. Tive inicialmente de realizar uma pesquisa bibliográfica, a qual me permitiu sustentar todas as minhas intervenções perante a pessoa/família.

A pessoa com patologia respiratória encontra-se muitas vezes num elevado nível de *stress* devido á sua condição de saúde, pelo que foram realizadas técnicas de relaxamento e descanso, com o objectivo da pessoa consciencializar e controlar a sua respiração. Esta tomada de consciência da respiração tem benefícios a nível da eficácia dos músculos respiratórios, melhora a capacidade de controlar a sua respiração, que por consequência conduz a um relaxamento da cintura escapular levando a uma ventilação eficaz. (Memoita e Cordeiro, 2012 citando Olazabel, 2003)

Quando apliquei esta técnica de relaxamento em estágio, pude comprovar a sua eficácia, visto que a pessoa quando teve consciência da sua respiração e ao relaxar a cintura escapular a pessoa com DPOC melhorou a ventilação e por consequência as trocas gasosas (tendo sido comprovado esta melhoria gasimetricamente).

Esta técnica de relaxamento tem por consequência um efeito positivo, no que diz respeito à diminuição da ansiedade resultante da dispneia, que muitas vezes estas pessoas com DPOC apresentam.

São várias as técnicas que podem ser utilizadas, tendo em conta o mecanismo de limpeza das vias aérea pode ser dividido em duas fases, a primeira fase consiste na progressão das secreções desde os brônquios distais até aos proximais e traqueia e na segunda fase ocorre a expulsão das secreções para o exterior.

Após essa técnica de relaxamento tive em atenção à prevenção e correção de defeitos ventilatórios, pelo que foram realizadas as seguintes técnicas: expiração com os lábios semi-cerrados. Esta técnica é uma ferramenta muito útil no controlo da dispneia nas patologias respiratórias.

A respiração a nível diafragmática diminuiu o trabalho respiratório, que por consequência a sua excursão melhorando assim e eficácia e eficiência da ventilação.

Foi associado ainda exercícios de reeducação abdomina-diafragmática global, a qual foi maioritariamente aplicado a todos os doentes do programa de RR,

tendo a maioria sido efectuados com resistência. Foram ainda executados exercícios de reeducação costal global, com o apoio do bastão, tendo sido assim promovida a expansão torácica, melhorando significativamente não só a distribuição, bem como a ventilação alveolar.

Foram também realizados exercícios de reeducação costal lateral direito e esquerdo com abertura costal, que segundo Menoita e Cordeiro (2012) constitui um exercício que vai promover e potenciar a recuperação da mobilidade costal e que por consequência favorece a expansão pulmonar e torácica do lado lesado. Ao realizar estes exercícios em estágio, não foram só eficazes nas situações mencionadas, mas também favorecem a mobilização das secreções brônquicas.

Este serviço possui equipamentos que foram facultados aos doentes “tipo pesos”, que tem com o objectivo o aumento da resistência, e consequentemente o aumento do fortalecimento muscular dos membros superiores, resultando assim de uma maior capacitação da pessoa para a realização das suas AVD, com o menor esforço possível.

Além das intervenções acima narradas o ER tem de assegurar a permeabilidade das VA, tendo realizado no decorrer do estágio manobras que permitem ou facilitam a limpeza das VA como o ensino da tosse dirigida e assistida, realização de manobras acessórias, nomeadamente, a compressão, a percussão e a vibração, bem como a realização da drenagem postural modificada dos vários lobos pulmonares.

A tosse desempenha um papel primordial como mecanismo de limpeza das vias aéreas, e mais ainda na pessoa com DPOC, que tem como característica a hipersecreção brônquica. Numa fase de agudização a tosse é muitas vezes ineficaz devido à não realização da técnica correcta, e por vezes também devidas as questões culturais relacionadas com a eliminação de expectoração. A promoção da tosse eficaz é um componente essencial num PR com o objectivo de reduzir a progressão da doença respiratória, otimizar os mecanismos de clearance mucociliar e facilitar a eliminação da expetoração (Crodeiro & Menoita, 2012)

Além destas intervenções tive a possibilidade de realizar o Ciclo Activo das Técnicas Respiratórias (CATR), tendo auxiliado na mobilização e expulsão das secreções brônquicas, não só na pessoa com DPOC, mas noutras patologias respiratórias.

Além das técnicas acima referidas, tive oportunidade no estágio de utilizar dispositivos de ajuda durante a RFR, com o objectivo de ajudar a mobilizar e facilitar a progressão das secreções pela árvore brônquica facilitando por consequência a sua eliminação. Houve oportunidade de utilizar em parceria com a pessoa com DPOC e fibrose quística e com capacidade cognitiva, o “flutter” o qual foi uma mais-valia para a expulsão das secreções. Fruí da possibilidade no estágio de utilizar o “cough assist” em parceria com a pessoa com fibrose quística, tendo este o objectivo de facilitar o estímulo da tosse e por consequência a eliminação de secreções.

Este dispositivo é fundamental para a mobilização das secreções mais profundas, melhorando por consequência a dispneia da pessoa. Esta melhoria não foi só constatada pela melhoria da dispneia, bem como pela melhoria da auscultação pulmonar e ainda a nível radiológico dos pulmões afectadas da pessoa com fibrose quística. Este aparelho pode ser utilizado noutras patologias respiratórias ou neuromusculares, em que o reflexo da tosse esteja muito comprometido. (Cordeiro & Menoita, 2012)

Foi realizado ainda exercícios a nível da mobilização torácica, com o objectivo de prevenir e diminuir a hipomobilidade torácica, diminuindo volumes e capacidades pulmonares na pessoa com DPOC com hiperinsuflação pulmonar. Foi de extrema relevância a realização destes exercícios a nível da mobilização torácica que alinham com movimentos activos do tronco, a cintura escapular e os membros superiores.

Todos os exercícios acima referidos fomentam uma melhor capacidade ventilatória na pessoa com patologia respiratória, que por consequência mobiliza e elimina as secreções da árvore brônquica, melhorando o padrão respiratório corrigindo os defeitos e sintomas.

Ao longo da minha caminhada no campo de estágio, pode comprovar a eficácia e eficiência da RFR ao testemunhar a melhoria da função respiratória das pessoas com quem cuide. Observei uma melhoria a nível da dispneia e cansaço, uma maior eficácia da tosse, comprovados com a melhora das imagens radiológicas do tórax e dos valores gasimétricos e sobretudo com a sintomatologia e bem-estar da pessoa.

Com a progressão da doença a fim de controlar a sensação de dispneia, as pessoas ajustam os seus hábitos de vida ou evitam certas actividades verificando-se uma diminuição progressiva da tolerância à actividade. De acordo com Pitta, et al. (2005) as pessoas com DPOC passam mais tempo sentadas e deitadas, do que de pé ou a andar. Assim aforma de melhorar a tolerância ao esforço e permitir o controlo da dispneia, foram delineadas intervenções de ER, nomeadamente a reeducação no esforço (treino de marcha e pedaleira), treino de técnicas de conservação de energia e o treino das AVD.

Neste campo de estágio tive a oportunidade de realizar treino de marcha auxiliado com oxigenioterapia, treino muscular dos membros superiores e inferiores, que têm como consequência a diminuição da dispneia e cansaço em parceria com a pessoa com DPOC. Este treino de marcha foi realizado no corredor do serviço com monitorização permanente das oximetrias periféricas, ciclos respiratórios, pulsação e com a avaliação da tensão arterial no início, meio e final da marcha. Foi colocado na altura a bala de oxigénio dentro de um “carro de compras” que servia de dispositivo de auxílio na marcha, quando não dispomos de dispositivos de apoio adequados, temos que adaptar. Desta forma foi-me possível verificar *in loco* a evolução da pessoa, no que diz respeito a uma melhoria na capacidade e tolerância ao esforço neste estágio.

As técnicas de conservação de energia prendem-se a realização das actividades de autocuidado que se relacionam com o tomar banho, vestir/despir, arranjar-se, confeccionar as refeições, tratar da roupa, entre outros. Segundo a GOLD (2014) as pessoas com DPOC beneficiam com programas de treino de exercícios, melhorando quer a tolerância ao exercício

quer os sintomas de dispneia e fadiga, o que leva à alteração da espiral de descondicionamento, prevenindo a dependência na realização do autocuidado.

O treino de exercícios dos membros superiores é utilizada frequentemente, uma vez que a maioria das actividades quotidianas dependem do uso dos mesmos. Para a pessoa com DPOC, estes exercícios são de extrema relevância ao permitirem aumentar a capacidade de força muscular, na medida em que possibilitam melhorar o desempenho em algumas AVD, além de ajudarem na redução da sensação de dispneia, uma vez que utilizam predominantemente a respiração costal superior, em que alguns músculos dos membros superiores atuam como músculos acessórios da respiração (Fernandes, 2009)

Relativamente aos exercícios dos membros inferiores, foi descrito por Rudlin (2005) que são fáceis de monitorizar e que produziram avanços no rendimento funcional nos programas estudados. Mesmo sem equipamento ou local específico para a reabilitação, o treino com exercícios isolados é eficaz na melhoria da capacidade de exercício e da qualidade de vida, pois os progressos no treino permitem aumentar a atividade funcional da vida diária. Uma revisão sistemática realizada por Reis et al. (2007) concluiu que os estudos indicam que o treino de exercício é um dos componentes importantes a incorporar num PR, uma vez que está associado à redução da sensação de dispneia. Os programas de reabilitação com uma duração de pelo menos 8 semanas de treino de exercícios têm demonstrado melhorar a capacidade de exercício, o estado de saúde, a dispneia e reduzir a utilização de cuidados de saúde (Areias et al., 2012).

Outras alterações no autocuidado que se verificou nas pessoas com DPOC relacionam-se com a manutenção de ingestão suficiente de água e a manutenção de ingestão suficiente de alimentos. Nas pessoas em que se verificou este défice foi realizado ensino acerca da importância da ingestão hídrica e dieta adequada. Tal como refere Brooker (2005), a desnutrição é um problema habitualmente na fase avançada da doença uma vez que a dispneia leva a que o ato de comer seja dificultado. Sendo este ato, potenciador de uma exacerbação da dispneia, a pessoa tem tendencialmente reduzir o número de

refeições e quantidade de alimentos ingeridos. A pessoa deve ser ensinada a comer refeições pequenas e frequentes no sentido de colmatar as necessidades energéticas. Um caso particularmente desafiante o de uma pessoa com DPOC já numa fase avançada da doença e muito emagrecida, internada no serviço de UCI respiratórios. As refeições eram um factor de ansiedade que para ele quer para o cuidador, pois o primeiro apesar de ter vontade de comer, segundo o mesmo, este perdia a vontade sempre que o tentava fazer devido à dispneia despoletada, por sua vez o cuidador não compreendia e achava que aquilo era apenas revolta com a doença solicitando a prescrição de estimulantes do apetite. No decorrer do internamento, foi contactada a dietista, foi ajustada a dieta e realizado o ensino à pessoa e ao cuidador. Foi de extrema relevância e gratificante assistir à progressiva diminuição da ansiedade nos momentos das refeições e a forma como as estratégias ensinadas foram postas em prática com resultados positivos.

A educação é um componente importante de um PR, sendo que a actuação do EEER não se restringe à realização de técnicas, estas são apenas parte de todo o programa. Segundo a DGS (2009, p. 6) e indo de encontro com os objectivos e competências delineadas, a educação tem como objectivo: capacitar o doente para lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações; promover uma modificação do comportamento e estilo de vida ajustado à doença; tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos serviços de saúde e conhecer a intervenção adequada a cada momento.

No decorrer do estágio consegui desenvolver competências no cuidar da pessoa com VNI, este tipo de ventilação veio facilitar a recuperação da pessoa com DPOC. No serviço de pneumologia tive oportunidade de instituir a VNI na exacerbação bem como na transição de hospital para domicílio. Esta possibilidade de experimentar estes momentos, constitui uma experiência fulcral para a aquisição de competências nessa área, e dar respostas aos objectivos propostos para o projecto de estágio.

No serviço de pneumologia a VNI está indicada no internamento em contexto de exacerbação na presença do EEER. Em colaboração com a minha

orientadora tive a possibilidade de escolher a interface mais adequada a pessoa, explicar á pessoa a finalidade e benefícios da VNI. Procurei sempre prestar cuidados em parceria com a pessoa sujeita a VNI, explicar-lhe o quanto era importante e fundamental sincronizar a sua ventilação com o ventilador, bem como explicar-lhe todo o processo de montagem e higienização do circuito, para e com a pessoa. Quando a técnica é adequadamente bem executada e a pessoa se consegue adaptar ao aparelho, verifiquei que ocorria uma melhoria, no que diz respeito a dispneia e cansaço, logo após iniciar a ventilação, sucedendo por consequência uma melhoria das oximetrias e valores gasimétricos.

Neste momento o enfermeiro desempenha um papel fundamental de acompanhamento e assistência à pessoa submetida a esta modalidade terapêutica, sendo essencial para o seu sucesso, uma monitorização apertada nas primeiras horas por parte deste.

Esta modalidade ventilatória não está só recomendada na exacerbação, mas esta indicada como terapêutica de manutenção, preferencialmente no período nocturno. Ao longo do estágio constatei que existia alguma preocupação e ansiedade, por parte da pessoa relativamente ao utilizar a máscara, questionando muitas vezes se podia ficar com falta de ar. Todas as dúvidas que foram surgindo por parte da pessoa/cuidador foram desmistificadas com o objectivo de minimizar o nível de ansiedade e facilitar uma maior adesão a esta terapêutica.

No decorrer do estágio a RFR esteve sempre em paralelo com a VNI, sendo de extrema relevância aplica-la sempre no intervalo em que não estava a ser utilizada essa modalidade ventilatória. Ao aplicar a RFR à pessoa com DPOC submetida a VNI nocturna, notei uma melhoria da gasimetria, melhoria da dispneia e cansaço e por consequência uma maior tolerância ao esforço.

Ao aplicar a RFR à pessoa submetida a VNI, verifiquei que esta diminuía a sua ansiedade e medo, diminuindo o trabalho respiratório, melhorava as trocas gasosas, utilizando exercícios com a finalidade de dissociação e controlo da respiração, mobilização e eliminação das secreções (mediante drenagem

postural e utilização de manobras acessórias e muitas vezes de dispositivos de apoio para a mobilização de secreções e ensino/incentivo à tosse).

Além disso ainda promove uma participação e adesão da pessoa a essa terapêutica, no que diz respeito á adaptação da interface e sincronia da sua respiração com o ventilador.

Assim sendo a EEER tem de criar uma relação entre a pessoa submetida a VNI com as AVD, tendo sido fundamental realizar ensinamentos nesse sentido, tendo sempre em conta o cuidador formal envolvendo-o neste processo. Tive a oportunidade de facilitar a transição de hospital para o domicílio, como já havia referido antes, da pessoa com DPOC submetida a VNI, tendo-me focado na RFR, nas técnicas no que diz respeito ao gasto de menor energia ao realizar as AVD no intervalo da VNI e na realização de exercícios adaptados à pessoa.

O desenvolvimento de competências como EEER no cuidar da pessoa submetida a VNI irá continuar, na medida que pretendo no meu serviço desenvolver mais essa área e em parceria com a equipa médica e instituir o mais o hábito da utilização da VNI na exacerbação da doença respiratória ou no pós extubação da ventilação invasiva.

Penso ainda ter adquirido competências para conseguir gerir em parceria com a pessoa um programa de reabilitação que se adapta às suas necessidades, tendo como base a patologia respiratória.

No sentido de desenvolver também as competências comuns de EE, e motivado pelo interesse na aprendizagem sempre baseada na evidência científica, a melhoria dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar foi também uma preocupação, tentando perceber qual o papel do EE no desenvolvimento da mesma. Foi interessante perceber como o EEER sendo membro da equipa de enfermagem, motiva a mesma para a melhoria contínua dos cuidados com realização de formação em serviço, explicitação de quais a s necessidade de cuidados de enfermagem específicos para cada pessoa, entre outros. Para além disso, na equipa multidisciplinar contribui na sua área de actuação nomeadamente com a realização de PR em que sempre necessário

envolver profissionais de outras áreas nomeadamente nutricionistas, assistente social, entre outros.

No que diz respeito ao cuidar da pessoa com incapacidade sensório-motora e de eliminação, muitas vezes esta necessita de ajuda nas suas AVD alteradas. Pelo que, o EEER tem de ter em conta que é fundamental desenvolver competências nesta área.

Esta área de competência apesar de ter desenvolvido no primeiro campo de estágio, esta área foi mais aprofundada no segundo EC. Visto que se tratava de um serviço de neurocirurgia em que a população maioritariamente apresentava alterações deste foro.

Ao longo do estágio os meus cuidados foram mais direccionados para a pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), visto eu trabalhar num serviço em que muita da sua população apresenta esta patologia, e ainda por ser uma situação clínica que causa incapacidade na área que pretendo desenvolver competências neste campo de estágio. Esta alteração que se instala na pessoa com AVC tem um grande peso a nível pessoal, familiar, social e profissional.

Pelo que o EEER tem como cerne potenciar e reabilitar a pessoa com alteração em contexto de internamento, para que quando do regresso a casa se efectue uma transição positiva para essa pessoa e na máxima segurança possível. É sabido que muitas regressam a casa sem que tenha existido uma preparação para mesma, um não envolvimento e acompanhamento tanto da pessoa como do seu cuidador, e que esta não preparação para a alta têm graves consequências para a pessoa e seus familiares, tanto a nível, económico, como social, sendo muitas vezes causa de reingressos no hospital.

Ao longo do estágio procurei manter uma constante actualização dos meus conhecimentos na área de neurofisiologia, nos tipos de AVC bem como a sua sintomatologia. O AVC trás consequências de extrema comorbilidade à pessoa, que afecta não só a realização das suas AVD, bem como uma desorganização no seio familiar. Pelo que o EEER tem de abastecer de conhecimentos nessa área para que possa realizar uma avaliação pormenorizada, com o objectivo de traçar um plano de reabilitação que possa

responder ao maior número das necessidades da pessoa com AVC e sua família, que são múltiplas.

Segundo Branco (2010, p. 12),

“O AVC devido ao seu caracter multidimensional e suas graves consequências, negativas e directas não só para o individuo como também para o sistema de saúde, determina que seja encarado como um dos mais importantes problemas de saúde pública que urge minorar”.

Para a construção de um plano de reabilitação para a pessoa com AVC é necessário uma avaliação particularizada da pessoa, tendo como base potencializar as capacidades desta. Todas as pessoas com AVC apresentam alterações a nível das AVD, sendo estas avaliadas *a posteriori* de modo a auxiliar a pessoa nos cuidados e na realização das mesmas. Neste campo de estágio, não existia nenhum instrumento de avaliação, pelo que me vi na necessidade de criar um, com o objectivo que me orientasse na colheita de dados e na futura implementação do programa de reabilitação, dando assim respostas as necessidades dessa pessoa nas suas AVD e nas funções alteradas.

Neste instrumento foi colocado os dados pessoais (idade, o que fazia, com quem vivia, patologias e internamentos anteriores, medicação habitual). Apresentei alguma dificuldade no início da colheita destes dados, visto que muitos deles estavam e sistema informático, que como já referi, não é muito simplificado. Além dos dados acima referidos, no processo encontrava-se ainda, o motivo da pessoa ter recorrido ao hospital, que sintomatologia apresentava e os resultados dos exames complementares de diagnóstico.

Após realizada a anamnese, transcrevia a minha observação a qual incluía a avaliação do estado de consciência utilizando a escala de coma de Glasgow; a avaliação da força muscular utilizando a escala de Lower; avaliação do tónus muscular segundo a escala modificada de Ashworth. Todas estas avaliações foram realizadas em todos os segmentos e movimentos do corpo da pessoa.

Foi também avaliado o equilíbrio estático e dinâmico, bem como a sensibilidade superficial (térmica, dolorosa e táctil) e profunda (vibratória e proprioceptiva). Em parceria com o meu orientador foram avaliados 12 pares cranianos, tendo essa área sido de grande relevância não só para este estágio, bem como para o meu local de trabalho.

Tive possibilidade ainda de cuidar da pessoa com Traumatismo Vertebro Medular (TVM), realizando a sua classificação neurológica da lesão, utilizei ao instrumento de Avaliação Sensorial e Motora da ASIA (American Spinal Injury Association).

Esta avaliação motora tem como objectivo a determinação do grau de movimento que a pessoa apresenta, contudo, não é suficiente a constatação de presença ou ausência de movimento das extremidades, este deve de ser quantificado relativamente ao grau de força muscular. Para complementar a avaliação foi utilizada a escala de força muscular de Lower. A espasticidade é um fenómeno comum que afecta a pessoa com TVM e AVC, que quase sempre interfere ou impede mesmo a realização de AVD's, dependendo do seu grau. Logo, para a monitorização da mesma recorreu-se à Escala de Ashworth.

Perante isto, foi possível elaborar e implementar programas de reabilitação de acordo com as necessidades e potencial de cada pessoa, tendo-se tido em consideração na sua elaboração, não só o potencial de reabilitação das mesmas, mas também os seus objectivos pessoais e motivações, de acordo com os seus hábitos de vida, crenças e aspectos culturais particulares.

Para me ajudar a operacionalizar todas as AVD que estavam afectadas na pessoa com AVC, a criação dos diagnósticos de enfermagem basearam-se na taxonomia NANDA. Além da formulação dos diagnósticos de enfermagem foram feitas algumas estratégias terapêuticas na abordagem da pessoa com AVC.

Para adquirir competências na área do cuidar da pessoa com AVC ao longo do EC foi necessário a elaboração de planos de cuidados dirigidos às AVD alteradas pessoa. No decorrer do EC a implementação dos PC foram

melhorando a fim de responder às necessidades da pessoa na área das AVD operacionalizando as mesmas. O objectivo primordial deste processo de reabilitação é que a pessoa consiga atingir a mestria na sua condição de saúde, que segundo Meleis está relacionada com a concretização da transição positiva ou saudável como já referido.

Neste estágio a marcha e a transferência foi treinada em parceria com a pessoa tendo sido realizado mobilizações passivas, activas, activas assistidas e resistidas tendo sempre em atenção a capacidade articular da pessoa e o seu grau de tolerância à dor. Esta área foi fundamental para a aquisição de competências como EEER na área da imobilidade e sensório-motora.

Além destas actividades acima referidas, foram realizadas outras actividades terapêuticas, nomeadamente a ponte e rolar no leito com o objectivo de aumentar a força, o tónus muscular e a sensibilidade, evitando por consequência a instalação da espasticidade do lado afectado. Estas intervenções vão ser ferramentas úteis no meu contexto de trabalho, visto estar na área de neurocirurgia. O treino destas actividades terapêuticas são fundamentais para que a pessoa passe da posição deitada para a posição ortostática, da posição sentado para a verticalização e para a marcha, estas actividades foram muitas delas realizadas em parceria com os cuidadores com o objectivando o seu envolvimento e preparação para a alta.

O treino do equilíbrio é uma peça fundamental para a recuperação da marcha. Este treino foi realizado inicialmente com a pessoa sentada e após iniciar o levante em pé, tendo sempre em atenção a sua segurança. Durante o ensino clínico tive oportunidade de realizar várias vezes este treino com as variadas pessoas de quem cuidei, o que fez com que aumentasse a minha destreza e segurança nesta área.

Segundo Hoeman (2000) o treino de marcha deve ser executado, planificando e treinando previamente, vários exercícios de mobilização e actividades terapêuticas que têm como finalidade a preparar os músculos utilizados na marcha, treino de equilíbrio sentado e em pé, bem como criar

capacidades adaptativas para que a pessoa fique de pé, muitas vezes recorrendo-se a produtos de apoio (por exemplo auxiliares da marcha).

Não se pode descurar que o objectivo fulcral do EEER é ensinar o programa de reabilitação funcional à pessoa e cuidador, com o objectivo destes conseguirem criar uma ligação de participação e delegação de responsabilidades entre eles, integrando-o como uma AVD.

Esta intervenção entre pessoa e cuidador tem de se iniciar o mais precocemente possível, para que no futuro o regresso a casa se realize com o máximo de segurança possível á pessoa com AVC, uma vez que a recuperação da capacidade motora a nível do lado afectado é o que se objectiva para a maximização das suas capacidades.

Muitos desses exercícios estavam centrados na prevenção da instalação do padrão espástico, o qual constitui uma preocupação em todos os planos de cuidados. Atestei ao longo do estágio que tanto as alternâncias de decúbito em padrão anti-espástico como os exercícios (mobilizações) e actividades terapêuticas (ponte, rolar na cama, facilitação cruzada, etc.) tiveram efeitos positivos na recuperação da pessoa, sendo fundamental a continuação desse plano por parte da equipa de enfermagem que que o EEER não estava presente.

Além das actividades antes relatadas foi feito a operacionalização da AVD cuidados de higiene. Segundo Cruz, et al (2007) *“para que uma pessoa possa ter saúde física, psicológica e social, é necessário que a pessoa tenha independência em se manter limpa e cuidada, atingindo assim a sua satisfação”*.

A necessidade da pessoa se encontrar limpa e cuidada varia no padrão da pessoa, isto é, existem vários factores nomeadamente educação, saúde, hábitos de higiene e condições habitacionais.

No estágio tive ainda a oportunidade em parceria com a pessoa com alterações sensório-motoras, ajudar na área dos cuidados de higiene no WC, potenciando ao máximo a sua autonomia. Conjuntamente procuramos

estratégias para superar as suas dificuldades resultantes da sua condição de doença. Além disso tive oportunidade de falar informalmente com os cuidadores com o objectivo de perceber quais as barreiras existentes na casa dessa pessoa, quer a nível do acesso a casa, como seria a casa de banho, as barreiras arquitectónicas entre outros, com o objectivo de realizar ensinamentos que possam minimizar essas dificuldades, nomeadamente, a necessidade de adaptação da casa e ainda recursos e legislação de apoio a esta necessidade.

No que diz respeito à AVD “vestir/despir” esta foi operacionalizada durante o estágio. Uma vez que forma de vestir é a forma como a pessoa com AVC espelha a sua auto-estima e bem-estar físico e psicológico. Isto é, a escolha do vestuário é uma forma de comunicação não-verbal, na qual esta consegue expor os seus valores e reflecte os seus hábitos de vida.

Em parceria com a pessoa com AVC arranjamos estratégias para que esta sozinha conseguisse satisfazer essa necessidade, tendo em conta as suas limitações, visando a obtenção de máxima autonomia, sendo sempre feito reforço positivo relativamente ao progresso que esta apresentou. A minha actuação perante a pessoa com AVC é ajudar e não substituir.

No que diz respeito a AVD eliminação na área vesical, muitas pessoas após o AVC, é frequente apresentarem uma bexiga neurogénica desinibida resultante da lesão cerebral caracterizada por capacidade vesical normal ou diminuída com consequentemente ausência do controlo voluntário da micção. O objectivo da minha intervenção em estágio foi assegurar que no final do internamento a pessoa com AVC, potencie a máxima autonomia possível.

Desta forma em parceria com a pessoa procurei criar estratégias que permitissem um maior controlo do esfíncter, sendo estas estratégias já projectadas prevendo o regresso a casa dessa pessoa. As estratégias passaram por oferecer a arrastadeira mais vezes ou levar a pessoa à casa de banho em intervalos de tempo estabelecidos de modo a que esta não urinasse na fralda, pois é característico estas pessoas apresentarem urgência urinária.

A nível da eliminação intestinal, é frequente o aparecimento de obstipação por diminuição do peristaltismo da actividade reflexa do intestino

por consequência da imobilidade em geral. Pelo que foi traçado as mesmas actividades referentes á eliminação vesical e ainda instruir a pessoa e família sobre a importância do reforço hídrico e da dieta rica em fibra, bem como sobre a administração de laxantes osmóticos. Instrui ainda sobre a necessidade de se evitar a imobilidade prolongada (realizar levantes e marcha logo que indicado), realizar massagem abdominal de forma circular no sentido dos ponteiros do relógio. Estas estratégias antes mencionadas foram interiorizadas pela pessoa com AVC e seus cuidadores, o que possibilitou uma maior autonomia da pessoa.

Ao traçar intervenções de enfermagem que vão dar resposta às AVD alteradas, vai originar a uma maior independência possível dessa pessoa a quando do regresso ao domicílio.

Este EC foi de extrema relevância visto que foram surgindo diariamente novos desafios, que resultaram em reflexões críticas, as quais penso que ajudaram no espalhamento e na construção da minha identidade e do meu percurso enquanto futuro EEER.

Constatei que o cuidar da pessoa com AVC é desafiante por muitas das AVD estão alteradas, o que origina comorbilidades e logo dificuldades que se revestem de desafios permanentes em enfermagem de reabilitação.

O EEER tem um papel fulcral na capacitação da pessoa e cuidadores para que estes possam fazer uma transição para o domicílio, com o maior sucesso possível, uma vez que muitas vezes os cuidadores vão dar continuidade ao plano de reabilitação traçado em contexto de internamento. O papel do EEER requer intervenções preventivas na ER, não só para assegurar que as pessoas mantenham as capacidades funcionais, como para evitar mais incapacidades e ainda para prevenir complicações mas também para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.

Segundo Hoeman (2000) os papéis do enfermeiro de reabilitação *“incluem o papel de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos das pessoas, capacitador/facilitador, moderador, líder perito e membro da equipa”*.

Como EEER consegui desenvolver as competências acima propostas as quais serão desenvolvidas no meu contexto de trabalho, visto a população ser muita homogenia relativamente a este campo de estágio.

Esta reflexão e consciencialização do papel do EEER leva ao desenvolvimento de mais um conjunto de competências comuns do EE, no domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2010^a, P. 4):

- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade – D1
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos. – D2

Tal como foi referido, o desenvolvimento do estágio antecedido por uma fundamentação teórica com pesquisa de conteúdo científico que suportasse as actividades a desenvolver. O conhecimento teórico de nada vale se não houver aplicabilidade prática do mesmo, ou seja, por mais fundamentado que seja o conhecimento, se não formos capazes de o aplicar no dia-a-dia, é como se a aquisição do conhecimento tivesse sido em vão. Para além do conhecimento científico, foi também fulcral a reflexão e confronto com a experiencia dos orientadores clínicos, bem como as reuniões com a doente orientadora.

Foram de extrema relevância as reuniões de grupo realizadas com o docente orientador e os restantes colegas que estava em contexto de estágio no sentido que a partilha de experiências melhora o conhecimento e competências.

O caminho de desenvolvimento é individual, visto que cada elemento do grupo partilhava experiências enriquecedoras sendo as mesmas analisadas em conjunto, o que levou o desenvolvimento do conhecimento de todos os elementos. Além das reuniões em conjunto foram também realizadas reuniões individuais com a docente orientadora que permitiram a partilha e discussão de elementos do percurso que estava a ser realizado, nomeadamente com os estudos de caso.

Esta partilha foi particularmente interessante, pois a análise das situações permitiria ter uma visão mais alargada das mesmas e sempre que

necessário ajustar as práticas objectivando o desenvolvimento de todas as competências de EEER.

No percurso de desenvolvimento do autocuidado, para além do conhecimento científico e da confrontação do mesmo com a prática e experiência dos orientadores clínicos, foi também realizada reflexão individual. A prática reflexiva é um importante meio de capacitação no desenvolvimento dos saberes e da prática, sendo um processo analítico consciente sobre a experiência do cuidar permitindo a compreensão afectiva da prática (Santos & Fernandes, 2004). O recurso à reflexão permite repensar o que é realizado identificando lacunas e formas de as ultrapassar. Segundo o Pereira (2001) a reflexão estruturada permite o esclarecimento de acontecimentos vividos, favorece a articulação entre a teoria e a prática, através do desenvolvimento da reflexão sobre a experiência, sendo mediadora entre a reflexão e a acção.

Reflectir, individualmente e juntamente com as orientadoras clínicas e com o docente orientadora, permitiu o desenvolvimento do espírito crítico, numa lógica de resolução de problemas, e numa lógica de questionamento constante, instigou a responsabilidade individual no processo de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminada esta etapa de estágios, compete realizar uma análise reflectida dos momentos de aprendizagem. Acredito que aprender é crescer. É progredir no aperfeiçoamento das nossas competências, comportamentos e atitudes. Crescer significa uma mudança em nós e na nossa prática, conseguida mediante um processo reflexivo na e sobre a mesma.

Considero que a formação em contexto de prática clínica constitui assim, uma área de excelência para o desenvolvimento de competências clínicas, sabendo que esta caminhada que finaliza agora, significou para mim um crescimento e maturidade profissional, baseados na prática reflexiva e na complementaridade da formação inicial de enfermeiro generalista com a formação da área de especialização, atendendo às competências específicas e comuns descritas pela Ordem dos Enfermeiros.

Esta articulação dos conhecimentos e competências veio diferenciar a prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família no âmbito da intervenção da Pessoa com DPOC agudizada submetida a VNI, atendendo não apenas às competências clínicas, mas também às competências no âmbito da responsabilidade ética, legal e profissional, na melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados.

Sabe-se hoje que a DPOC, é uma doença incapacitante, a qual tem efeitos negativos a nível psíquico, físico e social, que tem tendência a agravar ao longo do ciclo da pessoa portadora desta. Sabendo que à partida esta doença constitui um problema de saúde pública com grave impacto económico e social, daí a importância da intervenção junto da pessoa/ família.

Ao longo do tempo esta pessoa pode necessitar de suporte de VNI, para reduzir a retenção de CO₂, diminuir o trabalho dos músculos respiratórios, melhorando assim as trocas gasosas, diminuindo a dispneia e por consequência reduzir os reinternamentos em contexto hospital.

Por este motivo o EEER tem de ter sempre em atenção a autonomia da pessoa e a qualidade de vida desta, e intervir junto da pessoa com DPOC

submetida a VNI e sua família. Este tem de fazer uma avaliação criteriosa tendo em conta a AVD, para que este possa traçar em parceria com a pessoa/família um plano de reabilitação em que seja contemplado todas as etapas que foram desenvolvidas ao longo deste relatório.

Assim, o cuidar da pessoa com DPOC reveste-se de elevada diferenciação e complexidade, tendo o enfermeiro de aliar a teoria com a prática, atender às perspectivas éticas do cuidar e não descuidando a manutenção da qualidade de vida, sendo o objectivo major do cuidar neste ou qualquer outro contexto de cuidados.

As intervenções de enfermagem deste âmbito requerem uma abordagem interdisciplinar, abrangente, necessitando da mobilização de conhecimentos e competências a vários níveis, científico, técnico, relacional.

Este estágio permitiu criar uma parceria de cuidados entre enfermeiros, pessoa e família, tendo sido muito enriquecedor, nomeadamente, pelo acompanhamento da pessoa e família a viver situações complexas a nível emocional, decorrentes da agudização da doença.

O enfermeiro neste contexto é um elemento facilitador para a transição saudável considerando as múltiplas transições que a pessoa e família estão sujeitas ao longo do ciclo de vida.

Relativamente aos objectivos delineados para estes estágios, considero que foram alcançados, designadamente, as competências especializadas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DPOC e sua família e especificamente no desenvolvimento de competências ligadas ao cuidar da pessoa submetida a VNI.

Neste percurso considero que foram essenciais as pesquisas e reflexões que me permitiram a construção deste caminho.

Nos dois locais de estágio foi de extrema relevância constatar o papel preponderante que o EEER no desenvolvimento de PR adaptados a cada pessoa. Inicialmente não pode esconder o receio que tive, visto que muitas vezes o EEER “perde espaço” para outros profissionais de outras áreas, tendo eu esta experiência no serviço onde desempenho funções.

Outra limitação foi a pesquisa de evidência científica, visto não existirem estudos que relacionarem o contributo do EEER na criação de PR e a especificidade das suas intervenções.

Posto esta situação, tenho um olhar e sentido crítico diferente. Vejo para além, identifico as potencialidades, as limitações de forma a conseguir colmatar em parceria com a pessoa e família. Existem inúmeras limitações do dia-a-dia experienciadas pela pessoa com patologia respiratória, sendo estas pessoas muitas vezes derrotadas pelo cansaço e desânimo.

Assim sendo o EEER pode contribuir para o bem-estar da pessoa e família, pois cuidar é conduzir a uma luz ao fundo do túnel, um caminho de esperança. Esta transição muitas vezes em parceria com a pessoa e família desencadeia um turbilhão de sentimentos, emoções e afectos, em paralelo com um caminho sinuoso que a pessoa e família passam no seu dia-a-dia.

Posso afirmar que este caminho foi muito proveitoso, não só enquanto futuro EEER, mas enquanto pessoa, crescendo nas duas dimensões. Os objectivos definidos e alcançados, as actividades realizadas, desenvolvidas e reflectidas são agora ferramentas fundamentais, que vão permitir continuar a caminhar no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, agora não como enfermeiro generalista mas como futuro EEER.

Posso afirmar que a realização deste mestrado constituiu a “*golden key*”, que facultou o desenvolvimento das competências necessárias, para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados por mim, sendo que a componente prática assumiu um papel preponderante na globalidade da

formação do enfermeiro especialista na área da reabilitação, implicando uma adequada articulação da teoria com a prática, justificando assim a aplicabilidade do cuidar especializado à pessoa com DPOC na saúde das populações.

No futuro quem sabe, realização de um estudo correlacional, entre o PR, com o EEER e ganhos em saúde em contexto de cuidados intensivos, área de que gosto.

Os conhecimentos são dinâmicos e mutáveis pelo que os profissionais de enfermagem têm de saber adaptar-se a novos saberes, contextos e perspectivas de encarar a saúde, a doença e a representação social da enfermagem, daí a indispensabilidade de actualização permanente, essencial para uma prestação de cuidados de qualidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Matos, M.J. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa. Portugal: estudo de Barden of Obstrutive Lung Disease. Revista Portuguesa de Pneumologia, 19(3), pp. 96-105

Booker, R. (2005). Chronic obstructive pulmonsry disease: no-Pharmacological approaches. British Journal of Nursing, 14 (1), pp . 14-18

Borghi-Silva, A., Di Thommazo, I., C., Mendes, R., Slavini, T., & Costa, D. (2009). Non-invasive improves periPheral oxygen saturation and reduces fatigability of quadriceps in patients with COPD. Respiratory (Carlton, Vic.), 14 (4), 537-544;

Burtin, C., Decramer, M., Gosselink, R., Janssensyr, W., & Trooyers, T. (2011). Rehabilitation anc acute exacerbations. European Respiratpry Journal, 38 (3), 702-717

Cordeiro, Maria Carmo; Duque, Helena (2012). Manual de Boas Praticas de Reabilitação Respiratória. Lusociência. Loures.

Cordeiro. M.D., & Menoita, E. (2012). Manual de Boas Praticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas (1ª ed.). Loures: Lusociência

Corner, Eve & Garrod, Rachel (2010). Does the Addition of Non-Invasive Ventilation during Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Augment Patient Outcome in Exercise Tolerance? A Literature Review. John Wiley & Sons, Ltd. Physiother. Res. Int. 15.Pág. 5– 15;

Damázio & Presto (2009). Fisioterapia Respiratória. 4ª Edição. Mosby Elsevier. Rio de Janeiro; pág. 9.

Diário da República (2011) Regulamento n.º 122/2011. DR. 2.ª Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro;

Diário da República (2011). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação. DR. 2.^a Série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011. Lisboa.

Diez, Teresa (2012). O papel do Enfermeiro da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;

Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde de Portugal (2011). Norma nº 28. Lisboa;

Direção-Geral da Saúde. (2011c). Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos. Lisboa;

Direção-Geral da Saúde. (2011d). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa;

Dyer, F., Flude, L., Bazary, F., Jolley, C., Englebrechtsen, C., Lai, D. & Hopkinson, N. (2011). Non- invasive ventilation as an aid to rehabilitation in acute respiratory disease. BMC Pulmonary Medicine, 1158;

European Respiratory Society (2013). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Em E.R. Society, European Lung white Book (pp. 148-159). ERS

Fonseca, C., Ramos, A., Ferreira M. (2011). Ventilação não invasiva versus ventilação mecânica, ganhos em saúde: revisão sistemática. Revista Envelhecimento & Inovação;

Fonseca, César et al. (2011). Complicações da ventilação não invasiva: cuidados de enfermagem. In Esquinas, Antonio M. Principios da ventilação mecânica não invasiva do hospital ao domicílio (pp. 442-452). Lisboa: Gasin Médica ISBN 978-84-614-5831-1

GOLD (2014). Global Strategy for the diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstrivtive Pulmonaru Disease. Golobal Initiative for Chronic Obstructuve Lung Disease, inc.

Hesbeen, Walther (2001). A reabilitação – Criar novos caminhos. Lusociência. Loures. ISBN: 972-8383-43-6;

Hoeman, S. P. (2000). Enfermagem De Reabilitação: processo e aplicação (2^a ed.) Loures: Lusociência

Jurjević, M., Matić, I., Sakić-Zdravcević, K., Sakić, S., Danić, D., Buković, D. (2009) Mechanical ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients, noninvasive vs. invasive method (randomized prospective study). Department of Anaesthesiology and Intensive Care, General Hospital "Dr. Josip Bencević", Slavonski Brod, Croatia. Coll Antropol. Sep; 33(3):791-7 Retrieved from MEDLINE with full text database;

Loureiro, M.; Duarte, J.; Caracitas, A. (2013) Ventilação não invasiva e reabilitação. In: A pessoa submetida a ventilação não invasiva: cuidados de enfermagem no processo de transição. Capítulo IV Great Age Friends. ISBN: 978-989-98266-0-1;

Loureiro, M.; Duarte, J.; Caracitas, A. (2013) Ventilação não invasiva e reabilitação. In: A pessoa submetida a ventilação não invasiva: cuidados de enfermagem no processo de transição. Capítulo IV Great Age Friends. ISBN: 978-989-98266-0-1;

Matos, A. (2011) DPOC- Correlação entre o grau de obstrução do fluxo aéreo e a capacidade funcional de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã;

Meleis, Afaf I. et al. (2000) Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. Advances Nursing Sciences. 23:1.12-28.

Meleis, Afaf Ibrahim; Transgenstein, Patricia A. (1994) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Nursing Outlook. 42:6. Nov./Dez. pág 255-259

Meleis, Afaf. (2010) Transitions Theory: Middle Range and Situation specific theories in nursing research and practice. Springer publishing company. Nova Iorque, EUA. ISBN: 978-0-8261-0535-6;

Menadue, C., Alison, J., Piper, A., Flunt., D., & Ellis, E. (2009) Non invasive ventilation during arm exercise and ground walking in patients with chronic hypercapnic respiratory failure. Respiratory (Carlton, Vic), 14 (2), 251-259;

Mendes, Anabela (2013) Processos de transição: a intervenção dos cuidados de enfermagem. In: A pessoa submetida a ventilação não invasiva: cuidados de enfermagem no processo de transição. Capítulo III. Great Age Friends. ISBN: 978-989-98266-0-1;

Miller, D., Fraser, K., Murray, I., Thain, G., & Currie, G., (2012) Predicting survival following non-invasive ventilation for hypercapnic exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of clinical practice, 66 (5), 434-437;

OE. (20 de Outubro de 2010b). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. 4. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (29 de Maio de 2010a). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 10. Ordem dos Enfermeiros

ONDR. (2011). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, Fundação Portuguesa do Pulmão

Pierpers, S.; Van der Berg, J.; Kalmijn, S.; Van Der Pol, W.; Wokke, J & Lindeman, E. (2006). Effect of non-invasive ventilation on function cognitive: a review of the literature. Amyotrophic Lateral Sclerosis. Official Publication Of The World Federation Of Non Neuron Diseases. 7(4) Pag 195-200. Retrieved from MEDLINE with full text database;

Quon BS, Gan WQ, Sin DD (2008) Contemporary management of acute exacerbations of COPD: a systematic review and metanalysis. Department of Medicine, Respiratory Division, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada. Mar; 133(3):756-66. doi: 10.1378/chest.07-1207.

Reardon, J.Z. (Setembro de 2007). COPD and Exercise: What's Really Important? A Nursing Prespective. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4, pp. 283-287. Doi: DOI: 10.1080/11541250701480570

Sabina, Teresa (2007), Adaptação do utente e família à situação de AVC em contexto de domicilio. Funchal: Escola superior de enfermagem de São José de Cluny. Dissertação de tese de mestrado

Wilkins, R., Stoller, J., & Kacmarek, R. (2009), Egan: Fundamentos da terapia respiratória (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier

APÊNDICES

Apêndice 1: Domínios/Competências,
Objetivos específicos,
Atividades/estratégias, Indicadores de
avaliação

A - Domínio Da Responsabilidade Profissional. Ética E Legal:

COMPETÊNCIAS E UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</p> <p>A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas</p> <p>2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>Desenvolver competências relacionais, técnicas e científicas e em enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família com DPOC submetida a ventilação não invasiva em contexto de internamento, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de uma postura adequada às diferentes situações que promova e mantenha a imagem profissional (conhece o REPE); • Conhecimento do Código Deontológico (Respeita o sigilo profissional, direito à dignidade; privacidade, intimidade e informação e autodeterminação; • Prestação cuidados de ER, visando o respeito pelo outro, defendendo o direito ao consentimento informado e autonomia; • Atuação de acordo com os direitos da pessoa e segundo o código deontológico da profissão na sua prática profissional; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantem uma postura adequada nas diferentes situações; ▪ Respeita o sigilo profissional; ▪ Na prestação de cuidados respeita a pessoa, os seus direitos de privacidade, intimidade, direito à informação e consentimento informado e a sua autonomia e autodeterminação em relação aos cuidados; ▪ Atua na defesa dos direitos universais da pessoa humana; ▪ Garante a confidencialidade e segurança; ▪ Atua de acordo a deontologia profissional;
B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE			<ul style="list-style-type: none"> ▪
<p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>Promover a qualidade e segurança dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção e manutenção de um ambiente seguro, através de estratégias que garantam a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica situações de risco, que comprometam a segurança do

<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos Indivíduos / grupo;</p>	<p>prestados à pessoa com DPCO, submetida a VNI;</p>	<p>qualidade dos cuidados e a gestão de risco;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e aplicação de instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais (escalas); • Prestação de cuidados aplicando os procedimentos que visam o controlo da infeção (normas CIH); • Comunicação de situações e preocupações relativas à segurança do doente/família/comunidade (erros ou eventos adversos reais ou potenciais); • Procura de conhecimentos atualizados que visem a melhoria dos cuidados prestados (pesquisa bibliográfica e conhecimentos baseados na evidência científica); 	<p>doente, assumindo comportamentos preventivos, para a pessoa/família/comunidade de acordo com situação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliza instrumentos de avaliação na identificação de risco (escala quedas, ulceras, etc) ▪ Respeita as normas/protocolos da comissão de infeção hospitalar; ▪ Identifica e comunica situações de risco potencial ou real; ▪ Mantem conhecimentos atualizados e assume a responsabilidade dos cuidados prestados;
--	---	--	--

<p>1. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS;</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividades e incapacidades</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis cardio-respiratório;</p> <p>(OBJETIVO DO ÂMBITO DO PROJETO)</p> <p>sexualidade, alimentação, motricidade, cognitivo, eliminação</p> <p>(OBJETIVO ÁREA</p>	<p>Aprofundar conhecimentos relativamente à intervenção do Enfermeiro especialista em Reabilitação no cuidado à pessoa com DPCO, submetida a VNI;</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPCO, submetida a VNI, com rigor científico e técnico, adaptando-os à singularidade da pessoa/família;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica e em bases de dados relativa à DPCO e VNI e a intervenção em ER; • Recolha, seleção e atualização dos dados relevantes à situação da pessoa para a elaboração do plano de cuidados de ER (Observação e recolha de dados pertinente e completa – atendendo ao exame físico, psíquico, imagiológico, e ainda à vertente social da pessoa/família) – Plano cuidados; • Conhecimento e ensino junto da pessoa/família, relativo ao controlo da doença e sintomatologia incentivando autocuidado; • Conhecimento relativo à gestão terapêutica, envolvendo pessoa/família e incentivando o autocuidado; • Conhecimento relativo aos ventiladores de VNI, modo de funcionamento, módulos ventilatórios, máscaras, dispositivos de apoio; • Esclarecimento da pessoa/família, sobre a utilização/gestão da VNI, durante a fase da agudização; • Utilização de instrumentos de avaliação de pessoa com alteração da função respiratória e 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica quais as intervenções do ER na pessoa com DPCO agudizada e que utiliza VNI; ▪ Conhece o doente em toda a sua complexidade e singularidade de forma a prestar cuidados de ER; ▪ Elabora planos de cuidados globais/reabilitação, adaptados à pessoa/família com DPCO, submetida a VNI; ▪ Fez educação para a saúde, controlo da doença e gestão terapêutica envolvendo pessoa/família; ▪ Esclarece a pessoa/família relativa à VNI; ▪ Envolve a pessoa/família na tomada de decisão de acordo com as suas necessidades e projeto de vida; ▪ Faz registos precisos e a articulação com ER da comunidade (carta de alta);
---	---	--	---

<p>MOTRICIDADE/FUNCIONALIDADE - HOSP.S. JOSÉ)</p>		<p>outras funções alteradas - escalas (Borg, Glasgow, Barthel, etc);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierarquização dos problemas identificados, estabelecendo prioridades, de acordo com as necessidades identificadas da pessoa/família, incluindo estes no processo de tomada de decisão; • Execução das intervenções em ER e avaliação/reavaliação os cuidados prestados em ER de acordo com as necessidades/prioridades da pessoa/família; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilhar dúvidas/refletir em equipa casos com enfe orientador e restante equipa;
	<p>Desenvolver competências noutras áreas da Enfermagem de Reabilitação durante o ensino clínico (área funcional/motricidade e AVD's)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de competências relativas à pessoa com distúrbio da mobilidade e função senso-percetivas; <ul style="list-style-type: none"> ○ Execução de intervenções de ER do âmbito funcional em situações específicas: posicionamentos, mobilizações/transferências; ○ Utilização de padrões de intervenção para a conservação de energia em situação de fadiga; ○ Utilização de padrões de intervenção para a promoção do conforto; ○ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolve competências relativas às pessoas com problemas de alteração da mobilidade, função senso-percetiva, alimentação e com problemas na eliminação/sexualidade e ainda que necessitam de reeducação funcional respiratória; ▪ Desenvolve intervenções adequadas aos problemas

		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de competências relativas à pessoa com problemas de alimentação/eliminação/sexualidade; ○ Identificação os fenómenos de enfermagem nas áreas da eliminação e os fatores que os influenciam; ○ Planeamento e intervenção na reeducação/adaptação vesical e intestinal; • Observação e identificação dos recursos (pessoais, psicológicos, sociais) da pessoa/família e mobiliza-los no processo de cuidados; • Detenção de conhecimento (pesquisa/questiono) dos recursos do serviço/instituição/comunidade em ER; • Realização dos registos escritos concisos e completos, com linguagem científica e transmitindo oralmente de forma clara – assegurando a continuidade de cuidados de ER; 	<p>identificados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avalia e regista as intervenções planeadas, se necessário reformulo-as; ▪ Integra o Plano de Cuidados de Reabilitação no plano de cuidados gerais à pessoa;
2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA;	Avaliar a situação da pessoa/família com DPCO agudizada e submetida a VNI com necessidades de	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de capacidade de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas distintas unidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as necessidades e potencial de recuperação da pessoa de quem cuida; ▪ Elabora guia orientador para a

<p>J2.1 Elabora e implementa programa de treinos da AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidades e a participação social;</p>	<p>intervenção de enfermagem de reabilitação, tendo em conta o seu projeto de vida, perspectivando objetivos a curto, médio e longo prazo;</p>	<p>curriculares, para a resolução dos problemas identificados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação e avaliação do doente com DPCO agudizado, atendendo à sua singularidade; • Envolvimento do doente e família no processo de tomada de decisão; • Avaliação do processo de recuperação – instrumentos de avaliação (escalas); • Avaliação da capacidade de desempenhar as atividades de vida diária (escala de Barthel, NIF); • Identificação das necessidades de ensino à pessoa/família com DPCO agudizada/VNI após a alta hospitalar; • Elaboração de guia orientador pessoa/família se necessário; • Realização de educação para saúde à pessoa/família para os capacitar para a gestão da situação de doença, visando a recuperação da função respiratória/funcional e a máxima autonomia possível; • Referenciação da pessoa/família, identificando as suas necessidades após a alta de cuidados- 	<p>família;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentiva a família a participar nos cuidados prestados à pessoa; ▪ Instrui a família sobre intervenções que podem contribuir para a recuperação da função respiratória/funcional alterada; ▪ Participa na discussão e análise da situação da pessoa/família na preparação para a alta; ▪ Mobiliza os recursos e competências da pessoa/família, com vista à sua capacitação para a gestão da situação de doença, assegurando a continuidade dos cuidados e a preparação para a alta; ▪ Conhece os recursos do hospital e da comunidade e fazo a articulação sempre que necessário (Rede de cuidados
---	---	--	--

<p>3. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA.</p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio -respiratório.</p> <p>J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio -respiratório em função dos resultados esperados.</p>		<p>articulação com comunidade visando a reinserção comunitária;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de notas de transferência/alta hospitalar (contatos telefónicos prévios neste sentido); • Prescrição de ajudas técnicas se necessário; • Elaboração de Planos de Cuidados individualizados, com base na identificação e avaliação das necessidades em cuidados de ER; • Conhecimento relativo à legislação em vigor, relativa a normas promotoras da integração e participação cívica (acessibilidade, ajudas técnicas etc); • Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio -respiratória e motora. • Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio -respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa; • Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação. 	<p>continuados, centros de reabilitação, Organizações privadas (lares, etc.));</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza as notas de transferência e de alta de enfermagem de Reabilitação; ▪ Conhece a legislação em vigor relativa à pessoa com deficiência (acessibilidade, ajudas técnicas etc), ▪ Tem conhecimento sobre funções cardio-respiratório; ▪ Ensina e treina a pessoa tendo em conta o seu projeto de vida e maximizando o seu desempenho cardio-respiratório, visando a sua reabilitação; ▪ Faz a monitorização dos programas de reabilitação; ▪ Monitoriza os resultados obtidos de acordo com os objetivos pretendidos pela pessoa;
---	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza a implementação dos programas concebidos. • Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa. 	
	Desenvolver capacidade de reflexão crítica, sobre o processo de aprendizagem, visando a melhoria da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o percurso do ensino clínico (mostrar capacidade de auto-avaliação e de aceitar a crítica como tendo carácter formativo); • Realização ao longo do ensino clínico registo das aprendizagens, as experiências vivenciadas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa/família • Identificação e procura de situações de aprendizagem de crescente complexidade e mostrar capacidade de cuidar um número crescente de doentes; • Demonstração de capacidade de planejar e gerir o trabalho de acordo com os recursos humanos, materiais e temporais existentes no Serviço e definir prioridades; • Demonstração de capacidade de iniciativa – atendendo ao estadio do percurso de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisa as aprendizagens desenvolvidas, identifico os pontos a melhorar e quais as estratégias a implementar; ▪ Analisa o desempenho efectuado, conjuntamente com o orientador do ensino clínico, se necessário planeio novas estratégias de aprendizagem de forma a atingir os objectivos delineados neste contrato de aprendizagem; ▪ Demonstra capacidade de iniciativa e de cuidar de um crescente número de doentes com situações de aprendizagem de crescente complexidade; ▪ Demonstra capacidade de planejar e gerir cuidados de

		<p>aprendizagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre as experiências vivenciadas e competências adquiridas no ensino clínico (EC); 	<p>acordo com os recursos do serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflete na prática e integra as experiências vivenciadas no EC;
<p>▪ C - Domínio da gestão dos cuidados</p>			
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p>	<p>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa com DPOC, submetida a VNI, otimizando a melhor resposta da equipa de enfermagem e sua articulação com restante equipa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da estrutura do serviço, recursos físicos e materiais, e normas e protocolos de atuação; • Conhecimento da estrutura da equipa multidisciplinar; • Demonstração de conhecimentos técnico-científicos atuais; • Contribuição p o trabalho de equipa mantendo relações de colaboração com toda a equipa; • Prestação de cuidados reabilitação á pessoa/família; • Valorização das capacidades de todos os elementos da equipa; • Valorização da perspectiva da pessoa/família na tomada de decisão da equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhece o serviço, os seus recursos, normas e protocolos de atuação; ▪ Empenha-se em estabelecer um bom ambiente de trabalho (equipa de enfermagem /multidisciplinar); ▪ Presta cuidados de cuidados de ER integrado na equipa; ▪ Participa nas reuniões de passagem de turno, colaborando para a continuidade de cuidados e na tomada de decisão; ▪ Tem na tomada de decisão em conta a opinião da equipa multidisciplinar/pessoa/família e o seu projeto de vida;